



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Adília Maria Alves Gomes

O Enfermeiro e a Humanização de Cuidados na Morte e no
Morrer no Contexto Hospitalar

Mindelo, Dezembro de 2014

O Enfermeiro e a Humanização de Cuidados na Morte e no Morrer no Contexto Hospitalar

Adília Maria Alves Gomes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Mindelo para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Acélia Mireya Cáceres Monteagudo

Mindelo, Dezembro de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas, que de alguma forma me apoiaram nesta dura batalha académica, em especial à minha família.

AGRADECIMENTOS

Durante este percurso da minha vida académica, tive acesso a conhecimentos e experiências de muitas pessoas que, de formas diferentes, disponibilizaram e deram a sua colaboração.

Muito agradeço:

À minha família que sempre me apoiou de forma incondicional no desenvolvimento dos meus estudos.

Ao meu marido, aos meus dois filhos, à minha prima Magaly, cujo apoio e carinho foram fundamentais em todas as fases deste meu percurso académico.

À minha Orientadora Dr.^a Acelia Mireya Cáceres Monteagudo por todo o apoio e encorajamento na orientação técnica deste trabalho.

A todos os enfermeiros no sector de Medicina do Hospital Baptista de Sousa, que se disponibilizaram para as entrevistas feitas.

À Universidade do Mindelo por ter participado e contribuído para a minha formação, que sempre acompanhará a minha vida pessoal e profissional.

A todos os meus professores do curso de enfermagem, pelos conhecimentos, experiências e pelo empenho.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização deste trabalho e, em especial, aos meus colegas de curso.

RESUMO

A Morte é uma realidade comum a todos os seres vivos. É um facto que acontece quase sempre no Hospital, sendo o enfermeiro responsável pela garantia de cuidados prestados. Considera-se que os cuidados humanizados surgiram como uma necessidade premente dos utentes no processo da morte. Nesta ordem de ideias, achou-se importante desenvolver um estudo intitulado *“O Enfermeiro e a Humanização de Cuidados na Morte e no Morrer no Contexto Hospitalar”*, com o objectivo geral de identificar conhecimentos sobre a humanização dos cuidados de enfermagem no processo da morte e do morrer, na perspectiva dos Enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes.

Como requisito metodológico, optou-se por um estudo de carácter qualitativo, através de pesquisas bibliográficas e da aplicação de uma entrevista, com a finalidade de recolher informações coerentes sobre a respectiva temática. Como instrumento de recolha de dados, optou-se por um Guião de entrevista semiestruturada, na qual participaram seis enfermeiros do Serviço de Medicina. Com a pesquisa bibliográfica foi possível aprofundar os conhecimentos necessários para uma melhor compreensão dos conceitos relacionados com o tema.

Dos resultados obtidos, para além da caracterização demográfica dos enfermeiros de saúde entrevistados, constatou-se que estes têm alguma noção da humanização de cuidados no processo da morte. Na prática aplicam as noções de humanização nos cuidados, proporcionando melhor qualidade de vida aos utentes. Contudo, constatou-se que a maioria nunca teve uma preparação para enfrentar a morte.

Esta pesquisa nos demonstra a realidade vivida pelos enfermeiros perante a morte e os sentimentos que experimentam após a ocorrência da morte de um utente, nomeadamente: solidão, tristeza, impotência, raiva, frustração, etc.

Os resultados desta investigação, poderão servir como fonte de informação para o Serviço de Medicina, na adopção de novas medidas que visam melhorar os cuidados de enfermagem prestados, como também, contribuir para a satisfação dos utentes. Uma das medidas que poderão vir a ser adoptadas é a formação específica na área, que poderá ser ministrada no hospital ou nas universidades. Seminários sobre o tema poderão também ser de capital importância.

Palavras-chaves: Enfermagem, Humanização dos Cuidados, Morte e Morrer.

ABSTRACT

Death is a common reality to all human beings. This fact mostly happens at the Hospital, the nurse being responsible for guaranteeing the care provided for the patient. It is considered that humanized cares appeared as a need of the users at the death process. With this in mind, it was believed as important to develop the study entitled **“The Nurse and the Humanization of Death and Dying Care in the Hospital Context”**, with the general objective of identifying the knowledge on the humanization of nursing care in death and dying process, according to the perspective of the nurses of the Medicine Service of Baptista de Sousa Hospital, aimed at improving the quality of services rendered and user satisfaction.

As a methodological requirement, the option was done for a study of qualitative type, through bibliographic research and interviews, aimed at getting coherent information on the theme purposed. As instrument of data gathering, the option was done for a semi-structured interview guide, in which six nurses of the medicine service participated. With the bibliographic research it was possible to deepen the necessary knowledge for a better comprehension of the concepts related to the theme.

About the results obtained, besides the demographic characterization of the health nurses interviewed, it is noticed that they are aware of care humanization in the death process, which they consider as extremely important for the users and for the improvement of care at the Service of Medicine. It is also acknowledged that the nurses try to practice the knowledge on the humanization of health care.

This research show us the reality experienced by the nurses before death and the feelings they experience after a user's death occurs, namely, loneliness, sadness, impotence, anger, frustration, etc.

The results of this research may serve as a source of information for the Service of Medicine, on adopting new measures which aim at improving the nursing care rendered, as well as contributing for users'satisfaction.

One of the measures that could be adopted is training at the hospital or at universities. Workshops could, also, be important.

Keywords: Nursing, Care Humanization, Death and Dying.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	11
CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1. A MORTE E A SUA EVOLUÇÃO HISTORICA	15
1.1.1. A Morte no Hospital.....	20
1.1.2. A Morte em Casa	22
1.2. A FAMILIA DO UTENTE.....	23
1.3. A MORTE E A CULTURA CABO-VERDIANA.....	26
1.4. O PROCESSO DA MORTE E DO MORRER.....	28
1.4.1 As Fases da Morte	30
1.5. O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE E MORRER	33
1.5.1 A Enfermagem e a Humanização dos Cuidados	35
1.5.2. Sentimentos e Atitudes do Enfermeiro	37
1.5.3. Intervenções de Enfermagem	39
CAPITULO II: PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	43
2.1 METODO DE INVESTIGAÇÃO	44
2.1.1 A Técnica e o Instrumento de Recolha de Dados	45
2.1.2. Local de Estudo	45
2.1.3. A Escolha dos Participantes.....	45
CAPITULO III: ANÁLISE DE DADOS.....	47
3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	48
3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADO	50
3.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
3.4. PROPOSTAS.....	64
3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS.....	66
Anexos	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I: As cinco fases do Morrer De Kubler-Ross-----30

Tabela II: As Quatro Fases de Luto de Bowlby -----31

Tabela III: As Quatro tarefas de luto de Worden -----31

Quadro I:Apresentação dos entrevistados-----49

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação, denominado **O Enfermeiro e a Humanização de Cuidados na Morte e no Morrer no Contexto Hospitalar**, enquadra-se no âmbito do trabalho de conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo. Vai de encontro ao desafio que se propõe com o trabalho, com o propósito de perceber qual a importância da humanização dos cuidados perante a morte e o morrer.

Neste contexto, o tema escolhido surge da necessidade de mostrar que o dever do enfermeiro no processo da morte, não é só o de cuidar da patologia, mas sim o de ver o utente no seu todo, proporcionando um cuidado de qualidade e humanizado. Pretende-se avaliar até onde o enfermeiro sente-se preparado humanamente para lidar com a morte no desempenho das suas funções.

Com este trabalho pretende-se, ainda, desenvolver a construção duma postura ideal perante a busca constante do saber científico sobre a importância da humanização dos cuidados no processo da morte e do morrer.

Estruturalmente, o trabalho compõe-se de três capítulos:

Capítulo I, de enquadramento teórico, sustentado por uma revisão bibliográfica detalhada sobre alguns conceitos, tais como: a morte e a sua evolução histórica; a morte no hospital, em casa, na família; a morte e a cultura cabo-verdiana; o processo da morte; fases da morte; o enfermeiro perante a morte e o morrer (...). O capítulo é fundamentado com autores tais como: Frias, Magalhães, Bretas, Oliveira e Yamaguti Almeida, Watson,

Capítulo II, dedicado ao campo empírico, com: descrição do campo de estudo; a indicação da metodologia utilizada; descrição do instrumento de recolha de dados; local estudo; escolha dos participantes

Capítulo III, de apresentação e a análise de dados, incluindo as considerações finais, as sugestões e as limitações encontradas, bem como as referências bibliográficas e anexos.

PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

A problemática que serviu de base para a elaboração desta investigação resultou do facto de ter observado, durante o ensino clínico que decorreu no Serviço de Medicina do HBS, que a humanização dos cuidados de saúde é um tema que merece ser explorado, com o fim de melhorar a qualidade de vida dos utentes em fim-de-vida e consequentemente a melhoria dos cuidados prestados pelo HBS.

O sofrimento que na maioria dos casos acompanha os utentes em fim de vida, o número de mortes que ocorreu no Serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa, as condições materiais e humanas disponíveis no serviço, bem como os cuidados dispensados aos utentes pelos enfermeiros, contribuíram para que a realização deste trabalho fosse feito nesse serviço.

As estatísticas do Hospital Baptista de Sousa referentes ao ano de 2014, indicam que a média mensal de óbitos no Serviço de Medicina é de 8. Estes óbitos referem-se a utentes internados que passaram pelo processo da morte e do morrer e que decerto necessitaram de cuidados humanizados de saúde.

A morte no Serviço de Medicina, pela idade dos utentes e pelo tipo de patologias, é normalmente precedida de sofrimento. Os utentes, na maioria dos casos, debilitados e acamados, necessitam de cuidados especiais daí a pertinência da investigação a que propusemos.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p.89) o (í) a problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adoptar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados.

Este entendimento de Quivy e Campenhoudt, leva-nos a formular a seguinte questão: será que o enfermeiro está capacitado pessoalmente e profissionalmente para lidar com a morte e prestar os cuidados humanizados que o utente necessita?

Isto é reforçado por Pacheco (2002, p.27) quando diz que:

As necessidades de ordem psicológica e social, geralmente, se evidenciam em consequências da progressiva tomada de consciência da irreversibilidade da doença e da proximidade emocional, pelo que a pessoa tem necessidade de expressar as suas emoções e preocupações, de ser ouvida e compreendida, daí a

extrema importância do apoio afectivo por parte dos que rodeiam, família, amigos e a equipe de enfermagem.

O utente hospitalizado é um ser único, que está num momento de vulnerabilidade. Tem direito a cuidados especiais e requer da instituição de saúde uma assistência segura e humanizada, para além de competência no aspecto técnico-profissional. Contudo, a prestação de cuidados humanizados requer o seu tempo para que haja o devido entrosamento entre os enfermeiros e o utente.

Oliveira, Collet Vieira (2006, p.286) enfatizam que:

«A humanização é um processo amplo, demorada e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência por parte dos profissionais de saúde e da instituição em si. Portanto, do nosso ponto de vista, o ato de humanizar não depende apenas do enfermeiro em si, mas também de uma série de implicações, tais como o tipo de estrutura hospitalar; as crenças religiosas e demais aspectos pessoais do utente a ser tratado, entre outros aspectos importantes».

Esta preocupação com os cuidados humanizados na morte e no morrer no hospital, envolve os cuidados humanos prestados no tratamento da patologia como também proporciona uma morte digna, com enfoque na qualidade em vez da quantidade. A prestação de cuidados humanizados, poderão contribuir para que o utente e a sua família sintam-se bem no contexto hospitalar. De acordo com Moniz (2003, p.23) «cuidar em enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa ou do enfermeiro com o grupo de pessoas e famílias (í) permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestar-se cuidados de enfermagem de forma individualizada».

O trabalho com os utentes nessa situação - morte e morrer em que o seu bem maior que é a vida, pode estar ameaçado, contém uma carga emocional para os profissionais de saúde que lidam diariamente com questões existenciais, tais como a dor, o sofrimento e questões profissionais como os sentimentos de frustração e impotência perante as dificuldades encontradas. De acordo com Oliveira, Collet e Vieira (2006, p.282) «não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem».

Desta forma, a pergunta de partida que emergiu do tema é: **Qual a importância da humanização dos cuidados de enfermagem perante a morte e o morrer?**

Para dar resposta a questão que se coloca, para este estudo, foram traçados os seguintes objectivos:

Objectivo Geral

- ❖ Identificar conhecimentos sobre a humanização dos cuidados de enfermagem no processo da morte e do morrer na perspectiva dos enfermeiros do Serviço de medicina do HBS.

Objectivos Específicos

- ❖ Identificar as dificuldades presentes na prestação de cuidados humanizados;
- ❖ Demonstrar o significado da morte para os profissionais de enfermagem no hospital;
- ❖ Verificar os cuidados prestados pelo enfermeiro no processo da morte;
- ❖ Desvelar o significado que a humanização representa para o enfermeiro.

Pretende-se com esta temática demonstrar até onde o enfermeiro sente-se preparado humanamente para lidar com estas situações e aumentar os conhecimentos sobre a realidade em que estão submetidos todos os intervenientes, na tentativa de encontrar melhorias de acordo com as especificidades de cada caso do utente.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. A MORTE E A SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A morte é tão antiga quanto os homens. Desde dos primórdios da idade da pedra que o sentimento de perda e tristeza acompanha os homens e as suas famílias. Os homens desse período não conseguiam explicar o fenómeno da morte, desaparecimento físico de pessoas que estavam perto deles e que viram andar falar, trabalhar e a quem estavam ligados por laços efectivos e de parentesco. Por isso arranjam lugares apropriados para enterrar os seus mortos sob pretexto de respeito, admiração e estima que sentia por eles.

Na perspectiva de Cabete (2000, p.35):

“Cuidar dos doentes e ficar junto dos que morrem fazem parte dos actos que diferenciam o ser humano do animal. Para o homem pré-histórico tomar a seu cargo um moribundo colocava verdadeiros problemas económicos. Não é impossível que o abandono do doente ou do que morria fosse ditado pela necessidade de assegurar a sobrevivência do grupo. A passagem á vida sedentária, cercado ano 9000 a.C. e a fixação da vida doméstico permitiu assegurar uma presença junto do que morria, tanto como rito religioso como enquanto prática de cuidadoso.

Nesses lugares prestavam culto e homenagem aos seus antepassados, onde muitas vezes pediam protecção. Os homens já manifestavam preocupações e crenças nas forças sobrenaturais e tudo isso pressupõe que acreditavam no espírito ou na alma, respeitavam os seus mortos e acreditavam na ideia de uma outra vida.

No entanto os tempos foram passando e já nas primeiras civilizações sobre tudo no Egipto permanecia essa preocupação para com a morte. Durante a sua história o povo Egípcio tinha a crença na vida para além da morte e na sua reencarnação. Essa crença fez com que conservassem os seus mortos, através da mumificação ou embalsamento dos mortos, e ainda representavam esse fenómeno através da arte. Davam grande importância a tudo isso, o que permitiu desenvolver a fisiologia e as ciências medica.

Caputo (2008, p. 74) refere que:

“A sociedade mesopotâmica sepultava seus mortos com tamanho zelo que juntamente com o corpo eram postos vários pertences que marcavam a identidade pessoal e familiar do mesmo (roupas, objectos de uso pessoal e até mesmo a sua comida favorita), garantindo assim que nada lhe faltaria na travessia do mundo da vida para o mundo da morte, implantado no Subterrâneo terrestre. Este rito objectiva a representação de morte que os mesopotâmios tinham, que era a de passagemo.

Ainda o mesmo autor afirma que:

Os hindus, como os gregos, tinham o costume de incinerar os corpos. Entretanto, o sentido era completamente diferente, pois os gregos cremavam com o intuito das cinzas guardarem a memória dos mortos. Já os hindus cremavam o cadáver, o qual era despojado de sua identidade, personalidade e inserção social. Uma vez consumido pelo fogo, as cinzas eram lançadas ao vento ou nos rios.
(*idem*)

Na Idade Média é possível identificar mudanças significativas em relação à morte e ao morrer. Esse período a morte era encarado como algo natural da vida. Era comum o moribundo realizar o ritual final, quando pressentia a chegada da morte, despedindo e reconciliando com a família e com os amigos e apresentava as suas vontades. Assim sendo a morte súbita e repentina era considerado vergonha e castigo de Deus. Os defuntos eram enterrados somente com os sudários (sem caixão) em grandes valas, nesta época não se tinha a necessidade de um túmulo próprio para o morto, o qual seria sua propriedade perpétua.

Segundo Ariés, (1989, p.38):

O cemitério e a igreja se confundiam, uma vez que os mortos eram enterrados tanto no interior das igrejas (ricos) quanto no seu pátio (pobres). Esta prática está ligada à ideia de que uma vez enterrados perto dos santos e mártires, estes guardariam os mortos enterrados ao seu redor protegendo-os do inferno. É importante salientar que embora a igreja e o cemitério estivessem interligados, ambos não deixaram de ser lugares públicos, nos quais ocorriam encontros e reuniões, de forma que vivos e mortos conviviam em locais comuns.

Ainda nessa época, mais precisamente durante o séc. XII, cabia à igreja intermediar o acesso da alma ao paraíso e julgamento final, que passa a ser visto como um evento que acontecia imediatamente após a morte e resultaria na descida ao inferno, ou ascensão aos Céus e isso dependeria da vontade do moribundo antes da morte.

Ainda Áries, (198, p.163)

Essas mudanças causaram alterações nas perspectivas das pessoas em relação à morte, a qual deixava de ser algo natural e passava a ser uma provação. Sente-se que a confiança primordial está alterada: o povo de Deus está menos seguro da misericórdia divina, e aumenta o receio de ser abandonado para sempre ao poder de Satanás.

Na idade Moderna, a partir do séc. XVIII, modificaram-se as atitudes dos homens perante a morte, uma vez que o homem dessa época passa a ter complacência com a ideia da morte. O morrer passa a ser um momento de ruptura, no qual o homem era arrancado da sua vida quotidiana e lançado num mundo irracional, violento e cruel. Assim sendo as igrejas deixam de ser local de enterramentos e passaram a ocorrer em cemitérios marcando assim uma dicotomia entre vivos e mortos.

Nessa linha de pensamento, Áries (1989, p.50) diz o seguinte:

Os sepultamentos deixaram de ser anônimos, o que marca um movimento de individualização das sepulturas e de preocupação de demarcar o lugar onde havia sido depositado o corpo do defunto. Pretendia-se agora ter acesso ao lugar exacto onde o corpo havia sido depositado, e que esse lugar pertencesse de pleno direito ao defunto e à família.

Entretanto, é importante salientar que durante o séc. XX passa a ocorrer uma mudança brusca de atitudes do homem perante a morte, como a transferência do local da morte, isto é já não morre em domicílio junto dos familiares e dos amigos, mas sozinho no hospital. Ainda Maranhão (1986, p.53) afirma que a sociedade ocidental contemporânea tem estabelecido, através de formas culturais, a redução da morte e tudo o que está relacionado a ela no intuito de negar a experiência da mesma.

Essas mudanças passa a ser um tabu algo que o homem moderno tenta fugir para não lidar com a mesma. Porém sendo um ser mortal isso torna impossível, pois faz parte do ciclo de vida, de forma que o homem terá de lidar com a morte dos seus entes queridos e por fim enfrentar a própria morte. Toda via isso não impede de enfrentar o inevitável, pois como diz o ditado popular a maior certeza que o homem pode ter é que um dia há-de morrer.

Segundo Maranhão (2000, p.67) outro indicativo para a interdição da morte na actualidade se dá em função da contrastação que a mesma provoca numa sociedade cada vez mais tecnológica e totalmente voltada para a produção e para o progresso.

Actualmente a morte e o morrer não fica longe do que acontecia com os povos das épocas acima mencionadas. As inúmeras dificuldades e limitações à volta desse fenómeno ainda permanecem no seio dos familiares não ficam à margem disso. O sentimento que envolve as famílias na morte e no morrer é ainda o mesmo, de perda, de dor e de sofrimento que muitas vezes é difícil ultrapassar. É confirmado por Jorge (2004, p.63) que os familiares na medida em que passam por uma situação abrupta de desequilíbrio emocional, passam também a viver um estado de tensão, onde o medo, a culpa e a ansiedade são constantes.

Apesar da certeza que as pessoas têm dessa perda, nunca estão preparadas para o enfrentar. Assim existem dificuldades de forma independentes e diferenciadas dos familiares em como proceder nessa situação, tudo depende da educação religiosa e dos valores culturais de cada uma, visto que a fé e a sabedoria cristã ajuda a confortar as famílias mais frágeis.

Os avanços sociais tecnológicos e científicos vieram aumentar em muito a esperança de vida, resultado de uma abordagem mais eficaz no tratamento da doença e da morte. O que leva ao aumento dos utentes nos hospitais.

Para Frias (2003, p.25) a morte tem vindo progressivamente a ocupar um espaço menos íntimo: o hospital. Deixou-se de morrer em casa para se usufruir de condições, que o hospital proporciona (í) o.

Do mesmo modo Magalhães (2009, p.46) fala que:

«A modernidade encerra uma divisão profunda entre as esferas, pública e privada, entre o mundo do trabalho e da razão e o mundo da família, e da emoção, e esta divisão reflecte-se na forma moderna de viver a morte que, despida do seu espectáculo público, se transformou numa experiência isolada».

A morte é uma questão que desafia o homem e é a coisa mais certa e natural que temos.

Seguindo o raciocínio de Frias (2003, p.25) sendo a morte uma realidade, o homem poderá lastimar-se da sua herança cultural, da sua educação, da sua formação profissional que não ensinam nem o preparam para enfrentar a (sua) própria morte o.

O autor acima citado complementa relatando que:

«Noutros tempos, a morte da pessoa era um acontecimento social. Envolvia os familiares, amigos, vizinhos e pode-se, por isso, dizer que era uma morte pública, actualmente, na sequência dos avanços técnico e científicos e até das modificações sociais, a morte troca a casa pelo hospital».(idem,p.26).

Noutros tempos era a própria família que cuidava do seu óbito, preparava o corpo, os altares dentro de casa, onde o corpo já no caixão era colocado. Hoje, isto tudo é feito por agências funerárias e os serviços são pagos.

Isso é confirmado por Magalhães (2009, p.43) quando diz que a morte não tem lugar nos assuntos do dia-a-dia. É algo a ser gerido por peritos que são treinados e pagos para esse efeito e que por isso devem gerir as suas consequências o.

Ainda Magalhães (2009, p.44) descreve a gestão moderna do morrer e da morte caracterizada por um controlo burocrático da morte que procura minimizar as possibilidades disruptivas da mortalidade humana o.

Do ponto de vista social, a morte interfere no curso normal das coisas, contrariando as bases normais da sociedade, representando um afastamento do indivíduo da convivência humana.

É nesta óptica que Magalhães (2009,p.45) diz que õas principais características do papel moderno de morrer parecem estar relacionas com a perda de outros papéis sociais e com as pressões que conduzem a uma situação de dependência estruturadaõ.

Ainda o mesmo autor realça que:

õA maior parte das pessoas morre com a idade avançada e em situação de reforma, os filhos já são autónomos, de modo que ao invés dos séculos anteriores quando muitos morriam como pais e mães trabalhadores- a vida económica, não apenas das fábricas e escritórios, mas também das famílias, pode manter-se inatingida pela morteõ.(*idem*, p.47).

Nesta lógica que se afiança que a esperança de vida nos séculos anteriores era baixa, quando muitos morriam como pais e mães trabalhadores. Isso economicamente era um entrave na vida de muitas famílias. Actualmente, a esperança de vida é elevada, a maior parte das pessoas morre em idade avançada e em situações de reforma, e na maioria das vezes os filhos já são autónomos.

Magalhães (2009, p.48) õna era moderna, com o desenvolvimento da tecnologia, o encontro do homem com a morte dividiu-se entre um discurso técnico (médico e burocrático) e um sentimento pessoal intenso de perdaõ.

1.1.1. A Morte no Hospital

Segundo Santos (2007, p.28) para abordar o conceito e evolução dos serviços hospitalares é premente debruçar sobre o conceito e função dos hospitais. A palavra hospital tem origem no latim, advém da palavra *hospitale* que significa aquele que dá agasalho ou que hospeda.

Nesta perspectiva, Cherubini e Minotto (2003, p.54) refere que os hospitais foram construídas inicialmente, para dar abrigo aos pobres começando (í) depois a hospedar os peregrinos passando, finalmente, a atender também os acometidos de peste. Ainda o mesmo autor:

Na face evolutiva dos hospitais, estes se limitava a uma medicina puramente curativa, não tendo qualquer preocupação pela profilaxia, ensino e pesquisa. De qualquer forma, firmava-se o conceito de hospital como sendo uma instituição dedicada ao tratamento de pessoas enfermas.

A morte passou a ser uma questão desafiante para o homem, a partir do momento que este percebeu da sua finitude humana. Assim a morte é percebido como um ritual de passagem para outro mundo.

Nos dizeres de Silva (2006, p.33):

O hospital dos tempos modernos apresenta-se como centro de referência de todas as doenças. Qualquer que seja, centro hospital geral ou especializada, ele é, efectivamente, o centro de gravidade do tratamento privilegiado da doença e, a este título, o lugar do poder dos técnicos de saúde.

A angústia no hospital é diferente do que é vivida em casa. Essa situação é marcada pela ausência dos familiares e dos amigos. Contudo as pessoas hospitalizadas são afastadas do ambiente familiar, dos amigos e muitas vezes perdem o controlo da vida, aumentando o medo e reduzindo a auto-estima. Este afastamento das famílias vai contribuir para colocar a questão do acompanhamento do doente triste fora das horas de visita não mais benéfica da presença dos seus. Os que cuidam vão naturalmente substituir a família.

Nesta linha de pensamento, Cabete (2000, p.39) diz o seguinte a agonia no hospital é um pouco diferente da que é vivida em casa. É sobretudo marcada pela ausência das famílias, por uma presença medica mais importante e por uma menor disponibilidade dos que presta serviço.

Segundo Silva (2006, p.33) com a medicalização do final da vida, 70% da população morre actualmente no hospital (í) a pessoa fragilizada que confia no sistema técnicos,

muitas vezes muito aperfeiçoadas mas, cuja lógica intrínseca consiste em tratar de forma objectiva e impessoal.

Quando as pessoas encontram-se no hospital e à beira da morte são impedidas as visitas devido a inúmeras razões o que as leva a uma morte e morrer solitário, sem apoio e conforto familiar, por não terem ninguém com quem partilhar, o medo, a alegria, a angústia.

Isso é confirmado por Silva (2006, p.34) quando afirma que a passagem do morrer para o hospital, com a sua massificação e alguma desumanização, permite que a morte passa despercebido e se converte em algo de alheio silencioso e solitário.

Constata-se que os hospitais ocupam uma posição privilegiada nas alternativas impostas pela sociedade, apesar de muitas vezes não constituírem o lugar ideal para morrer. Esse afastamento do mundo familiar tem a ver com questões emocionais, crenças, atitudes e como enfrentar o acontecimento.

Segundo Frias (2003, p.27) a passagem da morte de casa para o hospital vai traduzir-se na necessidade de uma mudança de atitude da própria organização hospitalar como uma estrutura pensada para o tratamento bem como da parte dos profissionais de saúde.

Muitas vezes o utente não é hospitalizado pela sua própria vontade. As vezes as pessoas próximas ou familiares são responsáveis pelo internamento. O utente fica privado do ambiente familiar e fica a mercê do horário da visita para estar junto dos familiares. Magalhães (2009, p.45) fala disto quando diz que a morte hospitalizada é caracterizada por uma perda das escolhas pessoais; medo, isolamento da família, amigos, ausência do conhecimento acerca do seu estado e por um prolongamento do percurso da morte. Ainda o mesmo autor:

Os sentimentos pessoais do doente, bem como os profissionais são ignorados enquanto o doente é transformado num objecto, um caso, um lugar de doença. A morte ocorre não em casa mas no hospital, onde a experiência privada é suprimida pelas rotinas institucionais, existindo pouco espaço para os que se encontram em luto expressar como se sentem. (*idem*).

Morrer no hospital é diferente do que é vivida em casa. É sobretudo marcado pela ausência das famílias. Ainda Silva (2006, p.34) realça-se que:

A aceitação da hospitalização é acompanhada pela evolução do conhecimento e das suas aplicações à clínica com a supressão da infecção, o combate a dor, pela anestesia e da confiança nos meios de diagnóstico e do tratamento; para além da evolução das condições.

Esta evolução concebe a doença como objecto de investigação que apenas o hospital consegue estudar, mas tem um preço que é a separação do utente da sua família.

1.1.2. A Morte em Casa

A casa representa para as pessoas as suas origens, as suas raízes e o espaço perfeito para a ocorrência da morte, visto ter um valor sentimental muito forte. Assim sendo, as pessoas algumas vezes manifestam o desejo de morrer em casa.

No entanto Silva (2006, p.30) afirma que, ãa questão do lugar não aparece expresso para a definição da boa morte. Contudo, é assumida uma orientação no sentido de respeitar as preferências do utente e da família quanto a localização da morte seja no hospital, hospício, domicílio, ou outroö.

Mas é notório que a casa tem sido afastada da função do acolhimento e cuidado no final do ciclo de vida, ao preferirem assistência médica disponível e rápida. Se fosse dado a possibilidade de escolher a maioria das pessoas preferia morrer em casa, no conforto familiar do que no hospital do modo a evitar o isolamento social. Segundo Cabete, (2000, p.49) ãa morte em casa oferece todas as condições para que o ritual familiar seja perfeitamente cumpridoö. De facto a tradição familiar impõe a presença de parente à cabeceira do doente, sempre acompanhado de um ritual religioso o que é mais fácil cumprir em casa do que no hospital.

No entanto é de salientar que o sistema de saúde sofreu transformações relevantes permitindo que o internamento domiciliário seja hoje uma realidade com todas as condições necessária para tal. Sendo assim, a morte passa a ser um acontecimento natural encarada com tranquilidade no ambiente do lar e na presença dos familiares. Nesta ordem de ideias, Silva (2006, p.32) entende que: ãAs pessoas podem aspirar pelo menos a viver em casa conservar as suas memórias, beneficiar de cuidados, manter os seus laços sociais, ser acompanhado nas suas deslocações, não sentir só, ter apoio moralö . Estar em casa no aconchego familiar, deixa, com certeza, as pessoas mais tranquilas e menos sofridas, por estarem perto dos amigos, familiares e da sociedade.

1.2. A FAMÍLIA DO UTENTE

A família é definida por Hanson (2005, p.6) de seguinte forma: "Família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos".

A Existência das famílias é anterior às fontes históricas escritas. As formas dessas famílias eram diferentes das de hoje, mas as funções familiares são no seu todo constante ao longo do tempo. As famílias eram nessa altura e continuam a ser hoje uma parte da comunidade e constituem a unidade básica da sociedade.

A medida que a civilização foi avançando, as comunidades foram crescendo e as famílias e as comunidades tornaram-se mais institucionalizadas e homogéneas. Assim sendo as funções históricas da família transformaram-se, algumas mais do que outras, enquanto foram introduzidas outras novas na lista, como a função económica que mudou consideravelmente.

Couvreur (2001, p.119) diz o seguinte: "As estruturas sociais influenciam também de uma forma absoluta, o indivíduo. Este está marcado pela evolução das relações sociais devidos a numerosos factores de entre os quais a urbanização, a entrada das mulheres no mundo do trabalho e a transformação da família".

Ainda é de salientar que as funções que as famílias têm desempenhado têm evoluído com o tempo. Algumas funções tornaram-se mais importantes e outras menos, isto é, ao longo dos séculos cada tipo de família tem tido os seus problemas e pontos fortes, que transformam a unidade básica de toda a sociedade humana.

Considerando a família um sistema, quando uma pessoa dessa família fica doente, esse sistema sofre alterações na sua forma, sua estrutura e suas funções. Por isso em cuidados paliativos, a unidade integral de tratamento envolve simultaneamente todos os membros da família e de todo o sistema familiar.

Nesta perspectiva, Couvreur (2001, p.156) considera que: "a família também é atingida emocionalmente pelas mudanças físicas e comportamentais do utente. Este ressent-se e o seu sofrimento aumenta".

A doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor. Assim a especialidade da

enfermagem da família tem vindo a ser um foco específico de prática, embora encontra-se ainda no início da sua especialização. Essa prática pode ter como objectivo a família como um todo, a família como um sistema ou ainda a família como um componente da sociedade. Pacheco, (2002, p.137) diz ãa relação entre o doente e a família é, de facto, muito complexa, dependendo de vários factores, nomeadamente de um misto de sentimentos e emoções que podem até levar a que haja momentos em que o familiar não se sinta capaz de ouvir e falar com o doente.

Assim, o início da doença constitui uma situação de mudanças para o sistema familiar, pois implica na família um processo de reajustamento da sua estrutura, papeis, padrões de comunicação e das relações afectivos dos seus membros.

Pacheco (2002, p.135) refere que:

Os familiares e amigos têm um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, facto que assume uma relevância especial no processo terminal de uma morte anunciada. (...) É a família que sempre conviveu com o doente, que melhor o conhece como pessoa. (...) Assim, as pessoas mais próximas e importantes para o doente poderão contribuir para que este viva com o máximo de Bem-estar até ao momento da morte, dando-lhe todo o apoio emocional que lhes for possível e acompanhando.

Couvreur (2001,p.156) afirma o seguinte ãa família também é atingida emocionalmente pelas mudanças físicas e comportamentais do utente. Este ressent-se e o seu sofrimento aumenta.

O apoio familiar é muito importante para o doente na fase terminal. Uma das causas de sofrimento desses doentes resulta do reconhecimento das dificuldades com que a família se depara. Se souberam que as famílias estão sendo apoiadas poderá existir uma atenuação do sofrimento do doente. Por outro lado, as famílias apoiadas sentem-se renovadas as energias e adquirem uma maior capacidade de disponibilidade para acompanhar o seu familiar doente.

Gonçalves (2002, p.7) reforça este contexto acrescentando que ãa família deve ser envolvida nos cuidados paliativos e as suas necessidades tidas em conta. A assistência à família pode mesmo prolongar-se para além da morte do seu elemento doente, isto é, durante o luto.

A participação da família é fundamental para o doente terminal. Sendo assim a família tem de estar unida de modo a permitir que o doente sinta que mantém o seu lugar no seio da familiar, dando oportunidade de permanecer junto durante o tempo que lhe

resta. Perante as alterações do estado do doente ou quando a situação de doença se arrasta por muito tempo, os familiares podem sentir estresse, exaustão, ansiedade, dificuldade em controlar emoções, culpa e impotência.

1.3. A MORTE E A CULTURA CABO-VERDIANA

O relacionar da morte é interessante em Cabo Verde. Assim para falar da mesma é necessário remeter ao passado, à nossa história, de modo a fazer uma comparação entre o que acontecia antigamente e que se pode constatar actualmente. Entende-se que o quadro social cabo-verdiano resulta da convergência das várias culturas e intensa miscigenação de diversas etnias africanas e europeias. Pode-se dizer que com o cruzamento de todas as rotas marítimas entre os três continentes Cabo Verde foi e continua a ser o centro privilegiado de trocas culturais que ao longo dos séculos tem sido a seiva que alimenta uma extraordinária capacidade de assimilação e depois transformação em produtos culturais próprios.

Segundo Morin apud da Silva (2006, p.6) «A morte é a característica mais humana e mais cultural dos antepassados».

O autor acredita que é nas manifestações e crenças que o homem distingue de forma nítida dos outros seres vivos.

Deste modo é de salientar que antigamente tudo era feito de forma diferente, havia uma ligação maior dos familiares em relação ao moribundo. Isso é confirmado por Fernandes (2000, p. 272), que diz o seguinte.

«Na ilha de Santiago como na ilha de São Nicolau, quando se aproximam os últimos momentos de vida, os familiares e vizinhos que estão junto do defunto, (...) Na impossibilidade de presença de um padre chamam um «curioso», que saiba fazer-lhe a exortação para suavizar o sofrimento da alma nos últimos momentos e facilitar a sua passagem para ao além. O indivíduo poderá, assim, morrer em paz, com Deus e com o mundo».

Havia rituais diversas e diferentes, de acordo com a tradição. Para o cortejo fúnebre, começavam por lavar o morto, tinha de ser preparado antes de vestir e depois algumas vezes colocado no caixão. De acordo com Almeida, (2001, p.42) «vai pessoalmente dar-lhe banho para depois o amortalhar (isto é) mas parece-me que faz parte da tradição lavar os mortos antes de serem amortalhados mesmo que ele tenha morrido dentro da água».

Este era colocado sobre uma mesa apropriada para tal serviço. Essa manifestação arredonda num festejo por vários dias, sete dias de nojo, missa de mês e as pessoas contribuíam com uma bandeja de oferta.

Na óptica de Almeida (2001, p.55) o caixão é colocado sobre dois bancos de madeira a servir de catafalco, um belíssimo pano escarlate cobrindo-os para formar uma espécie de altar, (í) dois grandes cirios de cada lado para iluminar.

Actualmente a atitude das pessoas perante a morte demonstra uma forma diferente, isto é, com tranquilidade visto estarem melhores preparadas para as perdas humanas assim aceitam isso de um modo natural. Embora ainda mantem alguns rituais que fazem parte da cultura cabo-verdiana, é notória as diferenças que compõe essa manifestação cultural.

Nessa linha de pensamento Almeida (2001, p.53) relata o ritual da morte da seguinte forma: "Finalmente chega o caixão, soube por algum rebuliço que oiço na sala com aquelas ordens, impacientemente semi-gritadas se levanta mais um pouco (í) É uma pena que madeira que parece de tão boa qualidade esteja destinada a estragar debaixo da terra.

Segundo Bretas, Oliveira e Yamaguti (2006, p.478) o conceito tradicional de morte biológica definida como o instante do cessamento dos batimentos cardíacos tornou-se obsoleto. Hoje, ela é vista como um processo, como um fenómeno progressivo e não mais como um momento, ou evento.

1.4. O PROCESSO DA MORTE E DO MORRER

A morte pode ser conceituada por diversos aspectos, sendo o mais comum que é a morte hospitalizada. Por outro lado encontra-se vários significados de ponto de vista psicossocial, visto que a mesma faz parte de um processo que não é somente biológico.

Assim Boemer *apud* de Lima (2007, p.16) relata que, «A morte pode ser entendida como um fenómeno individual e único. Ela pode ser acompanhada por outra pessoa, mas é vivida apenas por quem está morrendo. Já o morrer, este cercado por sucessivas mortes antes da morte final».

De acordo com Silva (2006, p. 21):«A morte é uma questão que desafia o homem desde que teve a percepção da sua finitude humana. O fim de cada pessoa, a sua morte, é tão natural como o seu nascimento».

Diante disto Magalhães (2009, p. 27): nos diz que «É a partir da vida que a morte é pensada. Vida e morte são duas dimensões que, ao longo da história do homem, têm surgido como um binómio irreduzível».

Falar de morte e morrer desencadeia reacções inesperadas diante do utente em fim da vida. Para os profissionais de enfermagem muitas vezes tem sentimentos angustiantes e desgastantes no decorrer das suas actividades, surgindo então sentimento de impotência e insegurança na técnica executada diante do sofrimento do utente.

Desta forma Magalhães (2009, p.27) nos explica que «a morte, para nós, só o é quando já deixamos de ser, o que implica que a nossa morte só é para os outros e que para nós, só possa ser vivida a partir da morte dos outros».

Brêtas, Oliveira e, Yamaguti L. (2006, p.2) complementa que:

«A morte, não é somente um fato biológico, mas um processo socialmente que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, morte está presente em nosso cotidiano e, independente de suas causas formas, seu grande palco continua sendo os hospitais e instituições de saúde».

Frias (2003, p.56) justifica isto dizendo que «desde os anos de 1950 que a morte deixou de ser caseira e começou a ser vivida em contexto hospitalar».

«É no hospital, numa enfermaria, que a pessoa morre, muitas vezes sozinha, resguardada por uma cortina ou por um biombo, desta forma, pode escapar aos olhares dos mais curiosos, não vá alguém intimidar-se com a sua imagem! Para além disto, mergulhou na solidão muitas vezes de forma obrigatória e inconsciente, porém conta com a ajuda dos profissionais de saúde que cada vez menos a visitam, bem como os familiares e amigos».(*ibid*: 56)

A morte do homem é, no entender de Silva (2006, p.11), a coisa mais natural do mundo. Neste sentido a morte está presente no dia-a-dia do homem e para muitos é a morte que dá sentido à vida.

Ainda o mesmo autor defende que: a morte é a própria condição da existência. Junto-me a todos aqueles que disseram que é a morte que dá sentido à vida, ao mesmo tempo que lhe retira o sentido. Isto quer dizer que o homem procura sentido para a vida quando sente a morte (idem).

Frias (2003, p.26) afirma que, a morte surge, assim, como um entrave ao desenvolvimento rotineiro da vida e é encarada como uma punição, uma inconveniência ou uma injustiça.

Silva (2006, p.39) reforça ainda, que a morte, deixou de ser considerada como evento natural, última fase ou acto assumido de uma vida consciente, para ser vista como algo de absurdo e incompreensível perante um ser que procura a todo o custo imortalizar-se.

Por outro lado a morte é encarada, segundo Silva (2006, p.22):

Como uma nova etapa, o encetar de uma viagem da alma (í) e tem como finalidade ultrapassar as provações da vida que permitem separar os bons dos maus. Associada a esta ideia, encontra-se a concepção da morte encarada como sono, da qual se infere o repouso eterno em relação às vicissitudes terrenas.

Sobre a morte e o morrer, Frias (2003, p.30) salienta que, é, também uma oportunidade que surge para nos revelar e, de certo modo, mergulhar no outro demonstrando que existe uma maneira de cuidar de um moribundo que lhe permite sentir-se bem até ao fim.

Sendo assim Fradique (2010, p.28), define doente moribundo como, um ser vivo que vive até ao seu último suspiro.

Na opinião de Hemez e Leloup (2001, p.40) Com os Moribundos, aprendemos não só a compreender melhor como a vida termina, mas também como o ser humano comum abre caminho para a sua própria morte, cheio de coragem, humor e bom senso.

Ainda segundo os mesmos autores a morte não é um fracasso, ela faz parte da vida. É um acontecimento que se tem de ser vivido, que nos obriga a tomar consciência dos nossos valores, profundos uma realidade que nos ajuda a criar, pensar, procurar um sentido (idem).

1.4.1 As Fases da Morte

A morte e Morrer, bem como a forma como é vivenciado, podem trazer à tona muitas emoções conflitantes a curto, médio e longo prazo. Costumam despertar sensações de angústia, medo e solidão, sendo que os utentes mesmo sendo cuidados pelos profissionais, jamais deixam de sofrer, demonstrando sentimentos dor e tristeza durante o processo de morte e morrer.

Nesta perspectiva de Ross (2000, p.23)

Descreve um modelo de atitudes e sentimentos de reacções da pessoa doente, também dos familiares, quando é transmitida um diagnóstico que não permite cura, ou morte próxima, dividida em cinco fases: Negação, Raiva/Revolta, Negociação, Depressão, Aceitação.

Os utentes mudam de sentimentos várias vezes nesta fase da vida, fato este que deve estar perceptível à equipe e a família conduzindo assim as acções de ambos.

Acredita-se que tanto o utente quanto à família pode passar pelas fases da morte em tempo simultânea ou não.

Potter e Perry (2006, p.565) apresentam, os três teóricos que estudaram, as fases do luto e da perda e ofereceram explicações sobre as fases do processo da morte e do morrer.

Relativamente as fases do processo da morte, do Luto e da perda, vão ser usados a teoria Potter e Perry, que se encontram descritos nas tabelas 1,2 e 3:

Tabela 1: As cinco fases do Morrer De Kubler-Ross

As cinco fases do Morrer De Kubler-Ross	
Fases de Recusa	Um individuo age como se nada tivesse acontecido e pode recusar a acreditar ou compreender a perda ocorreu.
Fase de raiva	Na etapa de raiva o individuo resiste a perda e pode agredir alguém ou alguma coisa.
Negociação/Depressão	Durante a negociação, o utente adia a consciência da realidade da perda e pode tentar lidar de uma forma subtil ou aberta como se a perda pudesse ser evitada. A pessoa entende finalmente e a importância total da perda durante a etapa da depressão.
Aceitação	O individuo aceita a perda e começa a olhar para o futuro

Fonte: Potter e Perry (2006, ps. 565-566)

Tabela 2: As Quatro Fases de Luto de Bowlby

As Quatro Fases de Luto de Bowlby	
Entorpecimento	A Fase de entorpecimento pode durar desde algumas horas até uma semana ou mais, ser interrompida por períodos de emoção extremamente intensos. A pessoa enlutada pode descrever esta como sentindo-se tão espantada ou irreal.
Saudade e procura	Desperta explosões de soluços chorosos e de angústia aguda na maioria das pessoas. Uma pessoa também pode sentir, de uma forma menos aberta, saudade intensa pela pessoa perdida. Pode durar meses ou anos.
Desorganização e Desespero	Um indivíduo envolve-se num exame interno sobre a forma e razão da perda ter ocorrido. É vulgar a pessoa exprimir raiva contra alguém que possa ser responsável pelo ocorrido. Gradualmente este exame dá lugar a aceitação de que a perda é permanente.
Reorganização	Esta fase pode durar um ano e tal, a pessoa começa a aceitar papéis a que estava habituada, a adquirir novas competências e a formar novas reacções.

Fonte: Potter e Perry (2006, p. 600)

Tabela 3: As Quatro tarefas de luto de Worden

As Quatro tarefas de luto de Worden	
Aceitação da realidade da perda	Mesmo quando uma morte é esperada, há sempre um período de descrença e surpresa de que o acontecimento tenha realmente acontecido. Esta tarefa envolve os processos necessários para aceitar que a pessoa ou objecto partiu e não regressará.
Trabalhar através da dor do luto	Apesar das pessoas reagirem a perda, de formas diferentes, não é possível sentir uma perda e

	trabalhar o luto sem dor emocional. Os indivíduos que negam ou excluem a dor prologam o seu luto.
Adaptação ao ambiente sem o falecido	Uma pessoa não percebe o impacto total da perda durante um período de 3 meses. Nessas alturas muitas visitas e amigos deixam de telefonar e a pessoa é deixada a ponderar sobre o impacto total da solidão.
Deslocação emocional do falecido e continuação da vida.	O objectivo desta tarefa não é esquecer a pessoa falecida ou desistir da relação com esta, mas fazer com que a pessoa falecida tenha um lugar menos proeminente na vida emocional do indivíduo.

Fonte: Potter e Perry (2006, p. 600)

Silva (2006, p.23) ainda explica que na fase de negação a pessoa, rejeita a realidade, procura outras opiniões. Nesta fase as pessoas recusam em reconhecer e aceitar a sua morte como eminente, persistentes e esta recusa pode levar até o isolamento das pessoas que lhes rodeiam

O mesmo autor ainda explica que na fase de Raiva/Revolta:

A pessoa torna-se muito crítica com o pessoal de saúde e os que lhes estão próximo deles. Nesta fase o doente geralmente adapta comportamentos de raiva e revolta conforme se vai confrontando com a ideia de morte, ou seja, lamentando com a sua falta de sorte e poder depositar a culpa nos profissionais de saúde por não terem evitado o sofrimento ou a morte. (*idem*)

Ainda Silva (2003, p.23) explica que na fase de Aceitação Se, houver tempo no decorrer do processo de morrer, a pessoa acaba por encontrar repouso, dentro do contexto das suas crenças e valores, prepare-se para o fim que sente aproximar-se.

1.5. O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE E MORRER

Diante de toda uma formação centrada na cura, o processo de morte e morrer só pode gerar sentimentos e constrangimentos para os Enfermeiros. Se a missão é de cuidar e de estar comprometido com a vida aos utentes á morte em seu contexto biológico é uma ameaça a essas funções.

Kastenbaum Aisenberg *apud* Lima (2007, p.26) ainda completa: ão fundamental para toda a equipa de saúde, é manter o doente vivo e, por isso, conversar sobre a morte seria visto como algo extremamente inconveniente, em virtude de tal gesto ser considerado uma forma de aceitá-laõ.

Borges (2011, p.13) diz o seguinte

õo cuidado profissional pode ajudar o utente ouvindo-o estando atentas as suas necessidades mesmo não tendo comunicação verbal, observando suas emoções aos sentimentos demonstrados pelo utente em seu fim da vida, sabemos que muitas vezes isso é mais importante que qualquer terapêuticaõ.

Frias (2003, p.46) relata que õdesde sempre o cuidar, esteve ligado á prática de enfermagem como sendo a sua essência e a sua mais velha prática da história do mundoõ.

Colliére (1999, p.27) realça que: ãainda hoje, expressões como velar, cuidar, tomar conta representam um conjunto de actos que têm por função manter a vida. Foi e será sempre o fundamental dos cuidados de enfermagemõ.

O Enfermeiro tem sentimentos como qualquer outra pessoa e quando se trata de morte do utente, ele também sente incomodado e se vê, muitas vezes, em situações com as quais tem dificuldade em lidar.

Bretas, Oliveira e Yamaguti (2006, p.482) dizem o seguinte ãa enfermeira é a primeira profissional a lidar com a morte, a sentir a morte uma vez que presta desde os mais simples aos mais complexos cuidados principalmente quando o utente se encontra em estágio finalõ Segundo Cabete (2000, p.35) õé quase banal dizer que o confronto com a morte provoca naqueles que cuidam um estresse cuja repetição pode conduzir a uma forma de esgotamento profissionalõ.

Ainda Lima (2007, p.22) se complementa:

õA morte incomoda e desafia a onnipotência humana e profissional, pois os profissionais da área da saúde são encenados a cuidar da vida, mas não da morte. A maior parte das grandes curriculares dos curiosos de enfermagem não contempla uma disciplina que se trata do assunto de forma não defensiva e tecnicista e que promove a discussão das subjectividades que o tema possuiõ.

Segundo Magalhães (2009, p.55) o percurso até a morte pode ser experimentado como um trajecto em que é requerido um esforço árduo, á medida que a doença avança e o peso de cuidar aumenta, mas pode também ser encarado como uma oportunidade, de crescimento pessoal ou de realização das relações com os outros.

Pegando nas palavras de Borges (2011, p.13) podem dizer que quando cuidamos de um corpo, devemos respeitá-lo, e saber que aquela pessoa é ser humano, levando sempre em conta o fim da vida de alguém muito querido na sociedade. Trate os outros da mesma maneira que você gostaria de ser tratado.

Massonetto (2007, p.106) é da mesma opinião os profissionais de enfermagem devem tratar cada utente conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada o que lhe é devido, independente dos aspectos culturais, sociais, religiosos ou financeiro.

Ribeiro (1995, p.30) diz-nos que

Como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença, e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos.

O enfermeiro é quem passa mais tempo com o utente, tem que ter a capacidade de cuidar do utente no seu todo e transmitindo confiança e segurança. Realçando Horta (1979, p.22) quando diz assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humana aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se Auto cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

O enfermeiro tem que ser autónomo. Deve garantir a qualidade dos cuidados e assumir a responsabilidade dos mesmos.

Falando de qualidade Parreira (2005, p.62) explica que:

As preocupações com a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos doentes [í], com rigor da definição e da organização de todas as fases do processo de desenvolvimento na prestação de cuidados induzindo sinergias entre todos os prestadores, bem como as próprias condições estruturais dos espaços onde são executados os diferentes contributos que constituem a prestação dos cuidados de saúde, (não se menosprezando a atenção, a delicadeza, e a humanização no atendimento, o conforto, a privacidade e a confidencialidade) são e devem continuar a ser uma das principais responsabilidades de todas as instituições de saúde, dos seus dirigentes e todos os profissionais.

1.5.1 A Enfermagem e a Humanização dos Cuidados

Pode-se coligar a humanização com os cuidados de enfermagem. Pois a enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é de ajuda ao ser humano, individualmente, na família, ou em comunidade e de uma forma holística. Promove o desenvolvimento de autonomia ou e em actividade de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde.

Rodrigues (2003, p.93) esclarece dizendo o seguinte a enfermagem vê a sua nova abordagem centrada na pessoa e no que a rodeia, vê a pessoa como um ser bio- psico-social, cultural e espiritual (visão holística) e visa através dos cuidados que presta sobretudo bem-estar do doente.

Segundo Santana et al (2009, p.79):

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, portanto é dever do profissional de saúde respeitar todo o ciclo vital do indivíduo. Para isso, não basta afirmar a vida, mas também encarar a morte como um processo natural, procurando o bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim.”

Nos dias atuais os profissionais de saúde devem assumir um papel mais abrangente e esclarecedor tanto em relação ao diagnóstico como também ao apoio existencial, a uma palavra de conforto, o que facilita e ajuda a suportar o temor da morte.

Fradique (2010, p.51), explica isto quando diz que:

O papel dos profissionais de saúde não é o de apagar o horizonte do doente, pelo contrário, o papel destes é fazer com que o doente, mesmo mantendo o seu horizonte, possa ser capaz de compreender que o seu estado de saúde poderá deteriorar-se e culminar na morte. Cabe aos profissionais envolvidos uma postura de presença e acessibilidade, permitindo que o doente viva, independentemente da quantidade de tempo, com qualidade, os seus últimos momentos.

Segundo Piedade (2011, p.10) a humanização é feita com pequenos gestos como, assegurar a mão, olhar nos olhos, escutar, informar ou simplesmente acompanhar o silêncio.

Actualmente um dos objectivos maiores, no sistema da saúde é a humanização dos cuidados de saúde. Cada vez mais, na nossa sociedade, exige e se sente a necessidade de humanizar e de ser humanizado, no momento de doença ou fragilidade.

Justificada essa ideia por Magalhães, (2009, p.31) quando diz que a humanização da morte, humaniza a vida.

Por isso, Rios, (2009, p.10) diz que:

õA humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção colectiva de compromissos éticos e de métodos para as acções de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Esses que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição.

Piedade (2011, p.11) complementa õpara a humanização dos cuidados é necessário repensar as práticas, no sentido de encontrar alternativas e competências continuamente. A forma competente de aplicar a técnica deve estar associada a forma competente de atender a outro.õ

Ainda afirma Magalhães (2009, p.31), que õatender a morte é atender a vida; aprender a morrer é apreender a morrer e é na dimensão ética da morte que a morte adquira também sentido na vida dos homensõ.

Oliveira, Collet e Viera (2006, p.284) realça que:

õA humanização é um processo amplo, demorado e complexo ao qual se oferecem Resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência. É claro que a não adesão envolve, além da relação do utente com o profissional, factores relacionados aos pacientes (idade, sexo, estado civil, Etnia, contexto familiar, escolaridade, auto-estima, crenças, hábitos de vidaõ.

Por conseguinte, Hemez e Leloup (2001, p.40) afirmam que õo tempo de morrer tem um valor, portanto deve ser respeitado porque tem um sentido. É o tempo das últimas permutas da vidaõ.

Segundo Santana et al (2009, p.79) õO doente precisa ser visto como um sujeito presente, que não se limita apenas a um leito e a uma patologia; por isso os cuidadores têm que despertar para a sensibilidade humana colocando-se a serviço e no lugar do outroõ. O utente deve ser visto na sua globalidade, não apenas da sua patologia, requer conforto, uma palavra de apoio, e o enfermeiro deve estar preparado para assumir essas responsabilidades, sendo assim Hemez e Leloup (2001, p.36) afirmam que õno momento da morte temos necessidade de feminino, de maternal, de ternura, de doçura assim como de masculino. Tem necessidade de um pai, de uma palavra de conhecimento que nos ilumine, e nos oriente. Temos necessidade de ouvirõ.

1.5.2. Sentimentos e Atitudes do Enfermeiro

O enfermeiro como ser humano que cuida de um utente em fase terminal de vida estabelece relações de afecto e amizade. Não é sempre possível que exerça a sua actividade no aspecto estritamente profissional. O estabelecimento de relações da afectividade entre o enfermeiro e o utente afecta aquele em situação de morte, o que poderá ter repercussão no seu desempenho nos dias subsequentes a morte do utente. Segundo, Magalhães (2009, p.20):

“Todos os profissionais de saúde, e nesse caso específico dos enfermeiros têm sentimentos como qualquer outra pessoa. Quando se trata da morte dos pacientes, com certeza vão sentir incomodados, e muitas vezes sentem-se dificuldades em lidar com tais situações.”

Quanto a atitude, Lazure (1994, p.13) afirma que o enfermeiro assiste o utente, orienta-o facultando-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema. Não toma decisões por ele nem substitui-lo em aspectos relativos à sua participação na acção. Apesar de lidarem diariamente com essa situação da morte e do morrer, podem manifestar diversos tipos de sentimentos e atitudes que poderão influenciar fortemente a vida profissional e pessoal. De acordo com Rees (1983, p.407)

“O enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria morte e, consciente ou inconsciente, concentra a sua atenção no seu trabalho no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais com o intuito de afastar expressões de temor e morte.”

Outras vezes, o enfermeiro perante o processo de morte decide evitar todo e qualquer contacto com o doente. Nesta perspectiva o mesmo autor afirma que ao afastando o se do doente através de subterfúgios, o que o enfermeiro faz é escudar o se contra sentimentos que lhe lembrem a morte e que lhe causem mal-estar. (*idem*)

Potter e Perry (2006, p.580) também compartilha do mesmo sentido ao afirmar que: “Quando o enfermeiro cuida de um utente por um período de tempo, é possível ter sentimentos pessoais profundas de perda e tristeza pela família, e quando o utente morre (í) pode ser sentimentos de frustração, raiva, culpa, tristeza, ansiedade”

Mas quando a morte aparece de surpresa, o ambiente hospitalar é totalmente diferente em termos emocionais e haverá sempre perturbações que alteram o normal funcionamento

hospitalar. De acordo com Cerqueira (2007, p.51) a forma como cada profissional encara a morte do assistido depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face a esse processo, da sua maturidade, das suas expectativas profissionais.

Esses sentimentos são vivenciados pelos enfermeiros exigindo conhecimento e compreensão para com os utentes, visto que os mesmos são partilhados com eles. Isso acontece por serem os profissionais de saúde que convivem maior tempo com os pacientes. Henriques et al. (1995,p:12) referem que surgem sentimentos de insegurança, revoltas, impotências perante a situação e mesmo uma agressividade interior que nos esforçamos a ignorar, assim como o sentimento de fracasso que a morte por si representa.

É de salientar que o tipo de morte, e a idade dos pacientes também influenciam a reacção dos profissionais perante a mesma.

Assim sendo o comportar e o reagir perante a morte de um acidentado jovem e de um acamado idoso é naturalmente diferente e isso resulta de várias influências. Isso é confirmado por Cerqueira (2007, p.54):

O modo como o enfermeiro encara a morte bem como os sentimentos que experimenta resultam de influências multifactoriais, pelo que as atitudes, comportamentos e sentimentos dos profissionais não poderão nunca ser interpretados ou julgados sem atender a esses diversos condicionantes.

A forma como cada profissional encara a morte do assistido depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude, da sua maturidade. Segundo Lima (2007, p.25):

Diante de toda uma formação centralizada, na cura o processo de morte e morrer só pode gerar sentimento contraditórios para uma equipe de saúde. Estes profissionais estão comprometidos com a vida (em seu contexto biológico) e para os pacientes a morte é uma ameaça a essa função característica.

Na verdade o enfermeiro é formado para a vida. É formado para proporcionar a reabilitação dos utentes em caso de doença e por isso os aspectos relacionados com a morte ficam num plano secundário.

1.5.3. Intervenções de Enfermagem

A intervenção de enfermagem poderá ser vista como uma atenção aos pormenores básicos do trabalho, necessária à prestação de um cuidado de qualidade e humanizado.

Segundo a Bastonária da ordem dos enfermeiros de Portugal, Sousa (2010, ps.22-33) as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de defesa da dignidade e liberdade da pessoa humana (í), assim a ideia de uma morte digna varia com as pessoas e as culturas. Este pensamento é expresso, também por M. C. Closkey e Bulechek (2004, ps. 582 ó 583), quando definem a intervenção de enfermagem como: qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo utente.

No processo da morte e do morrer foram seleccionados os seguintes diagnósticos de enfermagem, de acordo com os autores referidos nos parágrafos anteriores, conforme a seguir se justifica:

O primeiro diagnóstico é Perturbação Física - foi escolhido pelo facto de considerarmos que um utente acamado numa enfermaria e que está num processo de morte, apresenta alterações físicas que reflectem o seu estado geral. A idade do doente, o tempo de internamento, o tipo e estágio da doença, o ambiente que o circunda têm acção directa no seu estado. Através da avaliação do aspecto físico do doente, da expressão facial, do seu comportamento em relação ao ambiente que o rodeia, é possível ter uma ideia das intervenções de enfermagem necessárias.

O segundo diagnóstico é Perturbação Psicológica é foi considerado porque a maioria dos utentes no processo da morte apresentam perturbações de ordem psicológica que se não forem bem avaliados ou tidos em conta, poderão contribuir, poderão contribuir para um mal-estar do utente, e a um agravar da sua situação. Mediante a avaliação do estado psicológico o enfermeiro poderá tomar as intervenções tendentes à melhoria do estado do utente.

O terceiro diagnóstico é Autonomia é foi seleccionado porque entendemos que a autonomia do utente é fundamental para o seu bem-estar, para o seu ego, para a sua liberdade de pensamento e para as suas decisões. Se estes aspectos atrás referidos não

forem tidos em conta o utente poderá sentir-se incapaz, diminuído, inválido, etc., com reflexos no seu estado de saúde.

O quarto diagnóstico ó Privacidade e Aceitação ó tem por base avaliar aspectos relacionados com a privacidade dos utentes que são fundamentais para o conforto no meio que o circunda, diferente do seu habitat, bem como a avaliação da sua relação com a doença. A não-aceitação da doença e falta de privacidade nas enfermarias poderão levar o utente a desconforto e a experimentar uma deterioração da sua qualidade de vida.

Segundo Nunes (2005:146) õas intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentesö.

Ainda Horta (1979:22) diz que: õAssistir em enfermagem é: fazer pelo ser humana aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se Auto cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionaisö.

Abaixo apresentamos as intervenções de enfermagem seleccionados para este trabalho e referentes a esta temática, segundo a Bastonária da ordem dos enfermeiros de Portugal, Sousa (2010, ps.22-33) extraídos do catálogo da Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem (CIPE):

1 - Perturbação física

- Objectivo: Promoção do controlo físico
- Acções de Enfermagem:
 - Administrar medicação para a dor
 - Avaliar o controlo da dor
 - Avaliar o comportamento relativamente á comida e bebida
 - Avaliar o ambiente
 - Avaliar o risco de quedas
 - Posicionar o doente
 - Ensinar acerca do processo da morrer

2-Perturbação psicológica

- Objectivo: Promoção do controlo psicológico
- Acções de Enfermagem:
 - Avaliar a negação
 - Avaliar a depressão

- Avaliar o medo
- Avaliar o medo da morte

3 - Autonomia

- Objectivo: promover autonomia
- Acções de Enfermagem
 - Proteger as crenças culturais
 - Proteger as crenças religiosas
 - Apoiar no poder da tomada de decisão

4 - Privacidade e aceitação

- Objectivo: promoção da privacidade e da aceitação
- Acções de Enfermagem:
 - Explicar os direitos do doente
 - Manter a dignidade e a privacidade
 - Proteger a confidencialidade
 - Proporcionar a privacidade
 - Facilitar a capacidade de falar a cerca da morte
 - Avaliar a aceitação do estado de saúde
 - Avaliar a atitude relativamente à doença

Ainda M. C. Closkey e Bulechek (2004, p.582 - 583), através do manual, *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*, descreveram as seguintes intervenções no mesmo processo.

- Objectivo: promoção de controlo físico e psicológico na fase final da vida.
- Acções de Enfermagem:
 - Monitorar o paciente devido à ansiedade
 - Monitorar as mudanças de humor
 - Comunicar o desejo de discutir a morte
 - Encorajar o utente e a família a partilhar sentimentos sobre a morte
 - Apoiar o paciente e a família durante os estágios de sofrimentos
 - Monitorar a dor
 - Minimizar o desconforto, quando possível
 - Medicação por via alternativa quando surgirem problemas para deglutir
 - Oferecer líquidos e alimentos cremosos com frequência
 - Oferecer alimentos culturalmente adequados
 - Respeitar a necessidade de privacidade

- Modificar o ambiente, com base nas necessidades e nos desejos do utente
- Incluir a família nas decisões sobre cuidados e actividades, conforme desejado

Seguindo essas intervenções podemos dizer que a acção da enfermagem é essencialmente protectora, procurando manter a integridade e dos mecanismos de defesa biológica fundamentais do indivíduo.

É desta forma que Horta (1979:13) diz que: existe quatro princípios de conservação, embora o princípio fundamental seja a conservação do todo:

- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da energia do indivíduo.
- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade estrutural do paciente.
- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade pessoal do paciente.
- A intervenção de enfermagem é baseada na conservação da integridade social do paciente.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1 METODO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Prodanov e Freitas, (2013, p.14) a Metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade.

Neste capítulo, encontram-se descritos, as variáveis de estudo, o método de investigação, o campo empírico, a população alvo e os instrumentos de recolha de dados.

Tendo em conta o objecto de estudo, a fase metodológica recai sobre a investigação qualitativa, através de pesquisas bibliográficas e aplicação de entrevistas, onde pretendo recolher e analisar os dados narrativos que favorece um campo livre de percepção e subjectividade, de acordo a vivência de cada um dos envolventes através das entrevistas.

Define Fortin, (1996:322), a abordagem qualitativa, baseada na perspectiva naturalista, concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e investigadores.

Na definição e construção do objecto de estudo e tendo em consideração os objectivos propostos, tornou-se desde logo evidente a escolha de uma estratégia metodológica assente fundamentalmente, numa abordagem qualitativa. Gil (1999:175) define pesquisa qualitativa como pesquisas definidas como estudos de campo, estudos de caso, pesquisa-acção ou pesquisa participante.

Quando queremos compreender momentos da vida das pessoas, o significado de determinados acontecimentos e experiências de vida, os métodos quantitativos não parecem adequar-se tão bem.

Portanto a realização deste trabalho foi desenvolvida com a finalidade de perceber o comportamento e o envolvimento dos enfermeiros e os significados atribuídos ao tema.

Ainda com este estudo pretendo compreender os conhecimentos sobre a humanização na morte e no morrer no sector de medicina do Hospital Batista de Sousa, conhecer a verdadeira situação vivenciada pelos enfermeiros na fase final de um utente. Propondo estratégias adequadas a produção da assistência humanizada, com vista melhorar a prestação dos cuidados nessa unidade hospitalar.

2.1.1 A Técnica e o Instrumento de Recolha de Dados

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, estabelecida entre o investigador e o participante. Optou-se pela entrevista semi-estruturada e aberta, onde a comunicação é evidenciada, com perguntas abertas, para além do diálogo directo havido com os entrevistados durante o ensino clínico. As entrevistas tiveram lugar nos meses de Maio e Abril de 2014. O instrumento utilizado para a colheita de dados, foi um guião de entrevista, (anexo III, p. 74), do qual constavam onze questões centrais, desenvolvidas com base no enquadramento teórico. O guião consta dos anexos. As respostas, importantes para a investigação e dadas pelos enfermeiros entrevistados, tiveram garantia de anonimato e confidencialidade.

2.1.2. Local de Estudo

As entrevistas foram realizadas nas instalações do Sector de Medicina que se encontra instalado no 1º andar do bloco principal do Hospital Batista de Sousa. É composto por cinco enfermarias, num total de 40 camas, na medida, em que é o único que apresenta todas as condições necessárias para este tipo de estudo. Neste Sector trabalham onze (11) enfermeiros, dos quais participaram seis (6) com prévio consentimento, (anexo II, p. 73) ao qual foi garantido o anonimato das informações. O serviço é contínuo, 24 horas por dia, e está organizado por turnos.

Na elaboração desse trabalho foram respeitados todos os princípios básicos da investigação, com cumprimento de todos os direitos fundamentais das pessoas abordadas no processo.

2.1.3. A Escolha dos Participantes

Para a colheita de dados foram entrevistados seis enfermeiros no sector de Medina. Foi escolhido um enfermeiro de forma aleatória, dentro de cada turno de trabalho, no período compreendido entre Abril e Maio de 2014. Os dados recolhidos nas entrevistas foram utilizados apenas para fins estatísticos e de análise científica.

A população estudada é um grupo de pessoas com características idênticas, junto da qual foi recolhida a informação de forma mais autêntica possível. Na opinião de Fortin (2009: 69) é necessário definir a população junto da qual será recolhida a informação. A

população estudada, designada de população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que tem características comuns.

Tendo presente a questão central e a metodologia de investigação a utilizar, tornou-se necessário escolher os participantes do estudo, tendo em conta o meu objectivo geral e específico. No entanto, optou-se por seleccionar como participantes do estudo seis (6) enfermeiros, num universo de onze (11) enfermeiros do Sector Medicina do Hospital Baptista de Sousa, onde decorreu a investigação do respectivo estudo.

Este tipo de investigação exige questões de ordem ética, sobretudo com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia que possibilitam o aumento da capacidade de investigação. Deste modo o estudo de investigação implicou grandes responsabilidades tanto a nível pessoal como profissional, de modo a não causar nenhum mal, com o intuito de proteger o bem-estar dos participantes.

ANÁLISE DE DADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Todos os entrevistados são enfermeiros, quadros efectivos do Ministério de Saúde, a maioria formada na escola de Enfermagem Hugo de Barros e com complemento de licenciatura em enfermagem adquirida nas universidades nacionais.

A caracterização do perfil da equipa de enfermagem é complementada, como se pode observar do quadro 1, com referência à faixa etária, tempo de serviço e tempo de trabalho no serviço medicina. A idade dos participantes varia entre os 30 a 50 anos de idade com maioria na faixa etária dos 30 a 40 anos.

No tocante ao tempo de serviço dos entrevistados no sector de Medicina, foram encontrados os seguintes resultados:

- ❖ Dois dos entrevistados têm entre 20 a 30 anos de trabalho,
- ❖ Dois têm entre 10 a 13 anos de trabalho,
- ❖ E os restantes dois têm 4 a 9 anos de trabalho.

Como podemos observar na quadro-1, o número de sujeitos da investigação foi de seis (6). Os entrevistados foram identificados por letras do alfabeto de A a F, com o intuito de manter o anonimato. A idade dos participantes, o tempo de serviço e tempo de trabalho no serviço de medicina foram tidos em consideração. Não incluímos a variável sexo porque não a consideramos relevante para este estudo.

Quadro-1 Apresentação dos Sujeitos Entrevistados

Nome	Serviço	Entrevista	Idade	Tempo de serviço	Tempo de trabalho no serviço medicina
A	Serviço de Medicina	Enf. A	34	10	33
B		Enf. B	48	25	12
C		Enf. C	50	23	12
D		Enf. D	36	13	13
E		Enf. E	39	9	5
F		Enf. F	38	11	9

Feito por: Elaboração própria.

3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram entrevistados 6 enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa. Os enfermeiros entrevistados têm idade compreendida entre os 30 anos a 50 anos e com um tempo de serviço compreendido entre 4 a 22 anos. A maioria estudou na escola de Enfermagem Hugo de Barros e quase todos já adquiriram o grau de licenciatura em enfermagem.

Para garantir uma melhoria na interpretação dos dados colhidos e após uma leitura integral das respostas dos entrevistados, estes foram divididos em sete (7) categorias que por sua vez encontram-se divididas em onze (11) subcategorias:

Categoria I - Perfil sociodemográfico

Essa categoria tem por objectivo definir o perfil dos enfermeiros entrevistados de acordo com a faixa etária, tempo de trabalho no Serviço de Medicina e o tempo de serviço. Tanto a faixa etária como o tempo de serviço prestado, têm, a nosso ver, reflexos no tipo de atendimento prestado por parte do enfermeiro ao utente em termos de humanização dos cuidados, daí a escolha desta categoria.

Categoria II - Significado e percepção da morte e do morrer

O objectivo desta categoria é o de descrever o significado e a percepção da morte e do morrer na perspectiva do enfermeiro. A morte é a coisa mais certa que temos, e o enfermeiro é quem mais tempo passa com o utente neste processo. Espera-se que os enfermeiros pela sua experiência profissional possam clarificar e explicar, a partir das suas vivências com a morte e o morrer no desempenho da sua profissão, o significado e a percepção da questão em apreço.

Esta categoria se divide em duas subcategorias: (1) significado da morte e (2) significado do morrer.

1 - Significado da morte

A morte, significa no seu aspecto mais lato a cessação completa vida, seja ela animal ou vegetal, e representa a ruína, destruição o fim.

Pretendia-se com esta categoria avaliar a percepção que os enfermeiros têm da morte.

Os entrevistados responderam todos na mesma linha de pensamento. Eles expuseram uma gama de significados como: falência dos órgãos vitais, fim de um ciclo de vida. Esta conclusão pode ser confirmada pelas respostas a seguir transcritas:

É o processo até chegar o morrer (í).Enf.A

É a falência de todos os órgãos vitais do corpo humano. Enf. B

Ausência dos sinais vitais (í).Enf.C

É o fim do ciclo da vida (í).Enf.D

(í) É o fim de um ciclo de vida ou também pode-se dizer que é a conclusão de uma etapa da vida. Enf. F

As respostas dadas, podem ser complementadas por Lima (2007, p.13), que conceitua a morte da seguinte forma:

Um acontecimento real que ocorre quando um ou mais órgãos vitais param de funcionar suas funções fisiológicas não pode mais ser estabelecida, tornando incapazes de superar nossas necessidades de oxigenação, nutrição, hidratação, manutenção da temperatura corporal, excreção, entre outros.

Pode-se concluir que as respostas dadas respondem à nossa pretensão e estão na linha dos entendimentos sobre esta matéria.

2 - Significado do Morrer

O morrer segundo os dicionários da língua portuguesa significa cessar de viver, extinguir-se, acabar, finar-se

Os entrevistados nesta subcategoria, têm a mesma percepção e definem o morrer como: deixar de viver; a confirmação do óbito; o desaparecimento físico. Têm todos uma percepção clara do morrer. A conclusão é suportada pelas respostas a seguir transcritas:

Fim da vida material. Enf.A

É deixar de viver (í).Enf. C

Significa quando a morte esteja confirmada (í) pelo médico.Enf. B

É o desaparecimento físico e final do sofrimento.Enf.D

*É deixar de viver ou é paragem irreversível das actividades do organismo (í).
Enf.F.*

As respostas estão de acordo com Lima (2007, p.13) quando diz que: Morrer é como perder a vida, falecer, findar-se, expirar, parecerö.

Categoria III - As funções e importância do enfermeiro no acompanhamento da pessoa na morte e no morrer

Esta categoria permite descrever as funções e a importância do enfermeiro no acompanhamento da pessoa em fim de vida e mostrar as suas actividades exercidas para garantir uma melhor qualidade de vida ao doente. Esta categoria está dividida em duas subcategorias: (3) Actuação no processo morte e (4) morrer no utente em fim de vida e as práticas utilizadas para favorecer a humanização dos cuidados.

3 - Actuação frente ao processo morte e morrer do utente em fim de vida

No processo da morte e morrer espera-se que o enfermeiro preste com zelo e de forma consciente os cuidados humanizados de saúde ao utente bem como aos familiares do mesmo.

Os cuidados humanizados de saúde contribuem para a melhoria da qualidade de vida do utente no processo da morte e do morrer bem como ajuda os familiares a suportar o sofrimento do seu ente querido em fim de vida. O papel do enfermeiro é crucial tanto para o utente como para a instituição de representa. Daí a importância desta subcategoria. Os entrevistados responderam que tentam diminuir a dor, o sofrimento, como também proporcionar conforto e uma morte digna ao utente. Constatou-se que o *Enf.F* foi o único que referiu dar conforto e apoio ao familiar, visto que a família também é atingida emocionalmente pelas mudanças físicas e comportamentais do utente. Foram as seguintes as respostas:

Ajudá-lo a minimizar o seu sofrimento, proporciona-lo conforto, apoiá-lo psicologicamente (í).Enf.A

É proporcionar tudo que tiver ao seu alcance para que o utente tenha uma morte digna e menos sofrida (í).Enf.B

Tento minimizar a dor e o sofrimento, para que tenha melhor qualidade de vida.Enf.C

Ajudar a ter uma morte serena (í) Enf.D

Dando conforto, dialogar com o utente, e tentar diminuir a dor e sofrimento.Enf.E

(í) Diminuir a dor e o sofrimento, dar conforto ao utente e seus familiares, ter a morte como um especto inevitável da nossa vida. Enf.F

As respostas estão na óptica de Frias (2003, p.115) que diz o seguinte:

“Proporcionar-lhes o conforto, ter o doente confortável. É imprescindível proporcionar o conforto a globalidade da pessoa, isto é a pessoa vive dentro de um corpo e não nos restringimentos apenas ao corpo. Cuidar da pessoa humana exige cuidar como um todo, assim o enfermeiro empenha continuamente em estabelecer harmonia bem como no estado de espírito, alma e corpo.”

As repostas referentes a esta subcategoria, como atrás referido, estão em parte na linha de pensamento de Frias. Note-se, entretanto, que o apoio aos familiares não é referido pela maioria dos entrevistados, o que nos leva a concluir que este aspecto deverá merecer a atenção dos responsáveis dos serviços.

4 - Práticas utilizadas para favorecer a humanização dos cuidados

As práticas utilizadas pelos enfermeiros no dia-a-dia podem favorecer ou ter efeitos negativos nos cuidados humanizados de saúde a utentes em fim-de-vida. As boas práticas indicam para: tratamento cordial e correcto; atenção às necessidades do utente; resposta atempada aos pedidos; saber atender o utente e os seus familiares nas suas dúvidas e reclamações; boa comunicação entre o enfermeiro e o utente bem como com os seus familiares. Pretendia-se com esta subcategoria avaliar os efeitos das práticas utilizadas pelos enfermeiros do serviço de medicina do HBS nos cuidados humanizados.

Todos responderam nesta segunda categoria -a prática que o enfermeiro utiliza para favorecer a humanização dos cuidados - da seguinte forma: proporcionar ambiente calmo e sereno, mudança de posição, dar conforto. Abaixo estão transcritos as respostas dos entrevistados:

(í) Mudança de posição hora-hora, manter o paciente confortável e assistido.

Enf.A

Proporcionar, um ambiente calmo e sereno para que este processo se ocorra de uma forma mais digna e menos sofrida possível. Enf.B

Cuidar não só do corpo, mas também da parte emocional (í). Enf.C

(í) Fornecer cuidados humanizados de conforto e alívio dos sintomas, para promover uma morte digna. Enf.D

Tente minimizar o sofrimento fazendo mudança de posição e conforta-lo (í) Enf.E

Encarar a morte com serenidade, respeitar as diferenças, comunicar o estado real do paciente, conforme a capacidade que o paciente tem em aceitar a situação, dar apoio e conforto para diminuir a angústia. Enf.F

Pelas respostas dadas pode-se concluir que os enfermeiros no desempenho das suas atribuições praticam acções que vão de encontro às necessidades dos utentes e, consequentemente, aos cuidados humanizados de saúde, as intervenções de Enfermagem, como promoção do aspecto físico, psicológico, a autonomia. O aspecto da comunicação não é referido e deverá merecer, também, uma atenção especial dos responsáveis.

A convivência com os pacientes e com os seus familiares, aproximam os profissionais de saúde da angústia e do sofrimento destes, nos momentos da doença e da morte, fazendo com que a sensação de perda e separação seja partilhada por todos. Todos os entrevistados, pela sua experiência profissional, souberam responder à questão. Ribeiro (1995, p.30) diz o seguinte:

Como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença, e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos.

Os enfermeiros na sua prática diária partilham as emoções do dia-a-dia com os seus utentes, sabem do seu sofrimento e mantêm um contacto estreito com eles, na verdade, experiências que não são vivenciadas por outros técnicos.

Categoria IV- Estratégia e dificuldade na prática de cuidados prestados pelo enfermeiro.

A importância desta categoria é o de descrever as estratégias utilizadas para dar a notícia da morte aos familiares bem como o relato das dificuldades encontradas na prática de cuidados nesta temática.

Esta categoria está dividida em duas subcategorias: (5) Responsável para dar a notícia da morte à família e (6) estratégia utilizadas para dar à família notícia da morte a família. A comunicação de notícias ruins é sempre delicada. A notícia da morte é sempre dolorosa para os familiares próximos e a sua comunicação é difícil, não existindo para o efeito um padrão bem determinado que poderia resolver todas as situações. Assim, a responsabilidade de dar a notícia deverá caber a um profissional preparado para o efeito que, mediante cada situação, saberá transmitir a notícia.

5 - Responsável para dar a notícia da morte a família

Nesta subcategoria pretende-se identificar as dificuldades que os enfermeiros enfrentam para dar a notícia da morte à família e que estratégia utiliza. Verifica que a maioria dos entrevistados acha que é da responsabilidade do médico mas habitualmente é o enfermeiro que presta esse serviço, dependendo do momento e do local da ocorrência. Esta conclusão é suportada pelos relatos a seguir transcritos:

(í) O médico, mas na realidade sempre é o enfermeiro (í) Enf.A

(í) Depende do momento, do local e das circunstâncias em que a morte acontece. Enf.B.

É o enfermeiro, porque ele é que esta sempre com o utente. Enf.C

Médico, mas maior parte das vezes é o enfermeiro que o faz. (í) Enf.D

É o médico, mas a notícia é dado sempre pelo enfermeiro. Enf.E

(í) Depende, na maioria dos casos é o enfermeiro Enf.F

Na perspectiva de Bisogno e Kuster (2010, p.19):

õA comunicação das más notícias persiste como uma área cinzenta de ampla dificuldade na relação doente/família/profissional, e constitui uma das problemáticas mais intrincadas e complexas na conjuntura de relações interpessoais. São circunstâncias que suscitam perturbação tanto na pessoa que recebe quanto na pessoa que transmite a notícia, pois a comunicação desse tipo de notícia é avaliada como uma tarefa difícil para todos os profissionais, não só pelo temor de encarar as reações emocionais e físicas do doente ou familiar, mas igualmente pela dificuldade em administrar a situaçãoõ.

50% dos entrevistados acham que a responsabilidade da comunicação da notícia é do médico assistente, embora a comunicação é sempre feita pelos enfermeiros. Um dos enfermeiros entrevistados acha que a responsabilidade é do enfermeiro e dois acham que depende da circunstância. A comunicação da notícia da morte aos familiares é uma tarefa delicada e que vincula o estabelecimento hospitalar. Assim sendo, é nossa opinião que deverá haver sempre um responsável indicado pelo Hospital para fazer a comunicação da notícia da morte.

6 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para dar a notícia da morte á família

As estratégias para a comunicação da morte aos familiares poderá depender de vários factores: relações entre o comunicador e os familiares; conhecimento do estado de saúde do utente por parte dos familiares; existência de alertas aos familiares por parte dos profissionais. Relações muito estreitas entre o profissional encarregado de dar a notícia e os familiares do utente, poderão, de certa forma, aumentar as dificuldades na comunicação.

Nos casos em que os familiares acompanham o utente e têm um quadro real do seu estado, a comunicação é facilitada bem como nos casos em que os familiares são alertados pelos profissionais da evolução positiva ou negativa do utente.

Responderam que a estratégia está ligada a aspectos emocionais, o que é fruto da convivência com os utentes. Nesta temática pode-se dizer que grande parte dos profissionais apresenta dificuldades no momento de comunicar notícia. Por não se tratar de uma tarefa fácil e os entrevistados não conseguiram expressar com convicção nas suas respostas.

Declararam o seguinte:

(í) Preparação psicológico, começar por dizer fizemos tudo mais infelizmente não resistiu Enf.A

Proporcionar para que o impacto da notícia seja menos sofrível possível utilizando as técnicas de comunicação. Enf.B

A estratégia utilizada baseia ó se na parte emocional (í).Enf.C

(í) Preparar os familiares, questionar sobre a situação do utente. Enf.D

(í) Preparar o familiar psicologicamente e ajudar a minimizar o sofrimento. Enf.E

Preparar o espírito do familiar antes e depois começar a relatar da doença do utente e o porque da morte. (í) Enf.F

De acordo com Potter e Perry (2006, p.570):

õNo momento da morte, ajude a família a manter-se em comunicação com o utente através de frequentes visitas, silêncio respeitoso, contacto físico e afirmação do seu amor pelo utente. Após a morte, ajude a família na tomada de decisões, como a notificação da agência mortuária, o transporte dos familiares e a recolha dos pertences do utenteõ.

Constata-se que há uma certa dificuldade na comunicação da notícia da morte aos familiares da parte dos entrevistados.

Categoria V - Formação Profissional e Acadêmica.

Com a questão desta quinta categoria pretende-se avaliar a capacidade dos entrevistados em termos de formação acadêmica e se ao longo da carreira profissional tiveram formação complementar específica na área em estudo.

Esta categoria está subdividida em duas categorias: (7) Preparo durante a formação acadêmica e profissional para enfrentar a morte e (8) as sugestões a futuros profissionais para lidar com estes acontecimentos.

O enfermeiro deve possuir uma formação de base que contempla os cuidados humanizados de saúde. Uma disciplina dos cuidados humanizados de saúde deverá fazer parte do curriculum do curso de enfermagem ou de licenciatura. Pela importância dos cuidados humanizados de saúde e pelo papel que a formação representa para a sua prática nos hospitais, achou-se por bem incluir esta categoria no questionário. Os enfermeiros que possuem a formação de base nesta matéria estarão, certamente, melhor habilitados para a prestação de cuidados humanizados de saúde.

7 - Preparação para enfrentar a morte

Nesta subcategoria é notável que é necessário apostar-se mais na formação relacionada com esta temática. Isto porque é um pilar essencial na dinâmica dos funcionários dos hospitais. Nesta temática apenas o Enf C teve preparação.

São as seguintes as respostas dos entrevistados:

Não tive nenhuma preparação nessa área, fui aprendendo a lidar com ela no dia-a-dia. Enf.A

Que me lembro, não tive nenhuma preparação nessa área. Enf.B

Sim, tive preparação nessa área. (í) Enf.C

Não tive preparação nessa área durante a minha formação acadêmica. EnfD

Não tive preparação nenhuma nessa área. EnfE

Segundo Parreira (2005, p.63) a formação dos profissionais de saúde- médicos, enfermeiros técnicos superiores de diagnósticos e a todos demais profissionais é um pilar essencial na dinâmica dos funcionamentos dos hospitais, é necessário e fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde.

Nesta ordem de ideias a formação dos profissionais de saúde na área da morte e do morrer é importante para o bom funcionamento dos hospitais. Constata-se que há uma lacuna na formação de base dos enfermeiros nesta matéria.

8 - Sugestões que possam favorecer a formação de futuros profissionais

Nesta subcategoria, todos tem a mesma opinião: Há necessidade de formação dos profissionais nesta temática. Esta constatação é suportada pelas respostas dos enfermeiros entrevistados abaixo transcritas:

*Formação sobre o tema*Enf A

*Conhecer o processo da morte principalmente humanização de cuidados.*Enf.B

*Dar formação aos profissionais.*Enf.)

Formação na área de psicologia. Enf.E

Como relataram os enfermeiros F e D, \tilde{o} deve haver formação continua e de melhor qualidade na área de cuidados paliativos, como forma de preparar melhor os enfermeiros para enfrentar a morte e o morrer

Quanto a formação Hesbeen (2003, p.115) explica que:

Todo e qualquer processo de formação na área da prática dos cuidados, tem como finalidade ajudar os profissionais ou futuros profissionais a tornarem-se cada vez mais capazes de pensar a acção na perspectiva do cuidar, respeitando os seus percursos pessoais.

De todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que passam mas tempo a cuidar do utente. O mesmo acontece com os estudantes de enfermagem, que, por ocasião dos ensinios clínicos, passam um tempo considerável com os utentes em fase final de vida, pelo que necessitam, também, ser preparados para lidarem com as situações de morte.

Categoria VI - Sentimentos e Atitudes Vivenciados.

Essa última categoria tem como objectivo evidenciar os sentimentos e as atitudes vivenciados na prática do enfermeiro. Pretende-se, também, entender como tem sido a sua experiencia ao longo da vida profissional.

Esta categoria permite avaliar se o enfermeiro está preparado psicologicamente para lidar com uma pessoa no processo da morte e do morrer. Está dividida em três

subcategorias: (9) Atitudes perante a morte nas diferentes faixas etárias; (10) Religião nesta temática; e (11) Sentimentos diante do utente em fim de vida.

O enfermeiro é um ser humano e como tal sente-se tocado, na maioria das vezes, pelo sofrimento do utente. Não é sempre possível que exerça a sua actividade no âmbito estritamente profissional. Os sentimentos e atitudes poderão ser influenciados pela idade do utente, pela religião e por factores diversos. Com as subcategorias pretendeu-se avaliar o peso dos três factores atrás referidos na vivência dos enfermeiros no desempenho das suas funções.

9 - Atitude perante a morte nas diferentes faixas etárias.

Os enfermeiros responderam da mesma forma, mencionando sempre a idade como justificativa e como factor interveniente no caso da morte de jovens. No entanto a dor o sofrimento e o sentimento de injustiça perante a morte dos mais novos são partilhados por todos e os profissionais de saúde, que esforçam-se para evitar tal tragédia.

Os enfermeiros responderam a seguir se transcreve:

Tristeza e impotência nos jovens, já nos adultos mais tristeza e saudade. Enf.A

Nos jovens naturalmente é mais difícil aceitar, mas quando são familiares é tudo diferente, agora quando se trata de uma patologia maligna acho é um alívio para o utente. Enf.B

O Enf. B, refere que a morte provocada por uma patologia maligna (que tende a agravar progressivamente e a resultar em morte), é um alívio para o utente. Nestes casos o enfermeiro sente-se, também, aliviado. Esta atitude é justificada pelo sofrimento por que passa o utente. Sendo o enfermeiro a pessoa que passa mas tempo cuidando do utente, tem a noção da dor e do seu sofrimento. É aqui que o enfermeiro deve intervir aplicando as intervenções de Enfermagem de NIC e CIPE que se encontram na Pag.40-41

Em cada faixa etária a atitude é diferente, porque uma criança ainda nem se quer conheceu o mundo e já foi, um adulto esta no meio da idade e tem muito para dar ainda, e um adulto já passou por tudo isto é triste mas pelo menos gozou algo. Enf.C

Para jovens e crianças muitas vezes é difícil aceitar, mas em casos de idosos e de doenças graves é menos difícil porque é o fim do sofrimento, mas em todas as idades é difícil aceitar. Enf.D

Angustia, impotência e raiva nos jovens, tristeza e dor nos adultos (í) Enf.E

A morte é uma situação difícil em qualquer faixa etária. Acho que o enfermeiro deve encara-lo como uma etapa inevitável e sem envolver demasiado a nível sentimental.
Enf.F

Segundo Bisogno e Kuster (2010, p.18)

õA morte de pacientes jovens de forma súbita e abrupta seja ela por acidentes e/ou ferimentos por armas, ou outras patologias é citado como um momento cruel de fortes emoções e dificuldades no enfrentamento por parte dos profissionais (í) Os enfermeiros, como qualquer outra pessoa, também entendem que pessoas mais jovens quando vão a óbito acabam sendo uma perda de maior peso para a família e também para a sociedade, por entenderem que estes poderiam ter futuros brilhantes e de certa forma contribuir para com a sociedade num todo. Ainda, existe o sentimento de frustração que acompanha o enfermeiro quando este perde um paciente jovem (í) ö.

As respostas dos enfermeiros estão em sintonia com Bisogno e Kuster. Tem toda uma real percepção dos sentimentos que sentem aquando de ocorrências de mortes de pessoas de idades diferentes sob a sua responsabilidade.

10-Religião nesta temática

As religiões possuem um significado social e cultural bastante relevante diante dos problemas e dificuldade que as pessoas possam enfrentar no seu dia-a-dia. A fé oferece um sentido de força, consolo e energia. Foram relatados da seguinte forma pelos entrevistados:

(í) Fundamental o espiritualismo, ajuda-o a sentir aliviado. Enf.A

A religião é de grande importância, porque é notório nos pacientes que tem essa fé ficam mais calmo e forte. Enf.B

A religião tem grande relevância ajuda os pacientes sentir mais fortes para enfrentar a morte (í) EnfC

(í) Uma forma de ajudar o utente a ter uma morte serena. Enf.D

A religião tem tido pouca actuação nesse processo (í) Enf.E

A religião é um aspecto a ter em conta porque devemos saber respeitar as diferenças. Enf.F

Ainda Segundo Piedade (2011, p.10)

õAs preocupações religiosas dos doentes e famílias devem ser avaliadas, para que essas possam ser apoiadas em situações de necessidade, por exemplo em questões relativas a culpa, esperança, medo, as crenças sobre a vida e a morte e a conclusão de tarefas em vidaõ

A maioria dos enfermeiros entrevistados acham que a religião tem o seu peso nos utentes, ajuda-o utente a enfrentar a morte com fé.

11-Sentimentos diante do utente em fim de vida

Em relação a essa subcategoria os enfermeiros revelaram-se de diferentes formas: tristeza, impotência, angustia, cada caso é um caso. Pegando na entrevista do Enf.B, percebe-se que em alguns momentos a morte dos pacientes causa mais sofrimento e tristeza que noutros, e isso se deve ao facto de que alguns permanecem mais tempo em contacto com o enfermeiro favorecendo uma ligação mais forte.

Responderam da seguinte forma:

Um sentimento de tristeza e impotência. Enf.A

Diferentes formas cada caso é um caso, uns mais dolorosos e outros nem por isso. Enf.B

Um sentimento de angústia. Enf.C

É sempre difícil de aceitar. Enf.D

O meu sentimento é de tristeza, mas as vezes é um alívio para o utente porque acabou o sofrimento (í) Enf.E

(í) É uma situação difícil, mas temos que estar preparados e desenvolver capacidades de comunicar para confrontar a família. Enf.F

Potter e Perry (2006, p.580) também compartilha do mesmo sentido ao afirmar que: Quando o enfermeiro cuida de um utente por um período de tempo, é possível ter sentimentos pessoais profundas de perda e tristeza pela família, quando o utente morre (í) pode ser sentimentos de frustração, raiva, culpa, tristeza, ansiedade.

Os enfermeiros entrevistados identificaram claramente os sentimentos impotência, angustia, tristeza. Têm consciência que estes sentimentos têm implicação no cuidar, e que consideram que deveriam saber lidar com estas situações. O saber lidar com situações do tipo adquire-se com formação e experiência.

3.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como disciplina em evolução e em constante procura da melhoria dos cuidados prestados e com o objectivo de atingir a excelência, vai buscar na investigação contributos preciosos.

A adaptação das novas transformações, principalmente na área da saúde, tem sido imprescindível para que o profissional de enfermagem assuma o seu papel de participante activo, dentro das instituições de saúde, visando a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem.

Através das várias etapas do processo da investigação (fase conceptual, fase metodológica e fase empírica), procedeu-se à elaboração desse trabalho, com o objectivo de descobrir qual a percepção dos enfermeiros sobre a Humanização de cuidados na morte e no morrer.

A palavra humanização hoje é bastante debatida no âmbito da saúde, no sentido de tentar tornar os cuidados cada vez mais humanos, tratar a pessoa com dignidade humana ou vê-la do ponto de vista holístico.

Relativamente a fundamentação teórica, constatou-se que a humanização de cuidados na morte e no morrer são meios essenciais e extremamente necessários na prestação dos cuidados. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao utente dando continuidade e qualidade nos cuidados.

Após a elaboração do presente trabalho, pode-se dizer que os objectivos delineados foram atingidos, através da opinião dos enfermeiros no serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa face a humanização de cuidados na morte e no morrer.

De realçar que dos resultados obtidos todos os enfermeiros independentemente da faixa etária, do tempo de serviço, consideram a humanização de cuidados na morte e morrer, essencial e de grande importância para os cuidados de enfermagem.

O estudo demonstrou que a humanização do atendimento, é a responsabilização mútua entre os serviços de saúde a comunidade, como também, o estreitamento do vínculo entre as equipas de profissionais e a população.

Conclui-se que grande parte dos enfermeiros demonstraram certa dificuldade, em expressar nas entrevistas sobre a humanização dos cuidados no processo da morte, o que

constitui uma preocupação para todos. Todos são de opinião m que a humanização é importante para os cuidados prestados aos utentes, e que, por isso, na prática a aplicam.

Para que não haja essas dificuldades há que apostar mais na formação dos enfermeiros, porque não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem.

É de realçar que durante a elaboração de trabalho foram encontrados algumas limitações, que se encontram referidas, na pág.65

A realização do trabalho foi um grande desafio, sobretudo por ser uma área difícil e sensível, por tratar de seres humanos com comportamentos diferentes. O trabalho foi encarado, desde de o início, com enorme dedicação e empenho.

3.4. PROPOSTAS

Tendo em conta o tema escolhido para a elaboração do TCC, o enfermeiro e humanização de cuidados na morte e no morrer, e a importância que a humanização representa para a enfermagem dentro do cuidar e, considerando que a qualidade em enfermagem, só é possível tendo como prioritário o cuidar da pessoa no seu todo, garantindo a sua segurança e a continuidade dos cuidados, é nossa proposta que as seguintes acções deverão ser tidas em conta:

- A sensibilização de todos os enfermeiros nessa temática, visto que são eles que se encontram mais próximos do utente e que mais cuidados humanizados pode proporcionar.
- A identificação da formação inicial e contínua como uma necessidade.
- O aumento do número de enfermeiros no sector e em cada turno, para que haja uma prestação de melhor qualidade aos utentes.
- A criação de uma sala específica para os utentes no processo da morte ou fim-de-vida.

3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de todo o rigor utilizado no trabalho, nos procedimentos metodológicos e na análise de dados, o estudo apresenta algumas limitações. As limitações prendem-se com o factor tempo, a inexistência de obras publicadas que abordam a questão, na dificuldade de acesso a informações, e à pouca bibliografia disponível para a realização do mesmo. O desenrolar de algumas entrevistas podia ter tido um nível mais profundo, o que ficou a dever-se alguma inibição pressentida com os enfermeiros.

No entanto apesar destas limitações, pensa-se que, através da metodologia utilizada, conseguiu-se fazer um trabalho com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS

- Almeida, Germano (2001). As Memórias de um Espírito. Ilheu Editora Cabo verde Ariés, P(1989). Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média. Lisboa
- Berman, Audrey et al (2008). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processos e Práticas. PersonEducação S.A.
- Bisogno, Silvana e KUSTER, Darleia (2010). A Percepção do Enfermeiro Diante da Morte Dos Pacientes. Disponível em: sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/02.pdf, 10/07/2014
- Borges, Tânia.R.C. (2011).O enfrentamento da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer do paciente. Curso de pós graduação especialização em assistência de enfermagem em urgência e emergência. Universidade do extremo sul catarinense-UNESCO.
- Brêtas, Júlio, Oliveira, José e Yamaguti, Lie (2006).Reflexões de Estudantes de Enfermagem sobre a Morte e o Morrer.
- CABETE, Dulce Gaspar (2000).Desafios da enfermagem em cuidados paliativos. Lusociencias.
- Campos, Luís, BORGES, Margarida e PORTUGAL, Rui (2009). Governação dos Hospitais. 1ª Edição, Sociedade Editora Lda.
- Caputo, Rodrigo Feliciano (2008).O homem e suas representações sobre a morte eo morrer: um percurso histórico.
- Cerqueira, Andreia Isabel Carajao(2007). Manografia apresentada á Universidade Fernando Pessoa. Ponto de Lima:Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3144/3/MONO_andreia.pdf, 03/05/2014.
- Clarke, Margaret (1997). Enfermagem Geral I. Publicações Europa-América, Lda.
- Collière,M.F. (1989). Promover a vida. Sindicato dos enfermeiros Portugueses.Lisboa
- Couvreux, Chantal (2001).A qualidade de vida ó arte para viver no Séc. XXI.edições técnicas e científicas, lda.Lusociencia.Loures
- Dias, Malheus BACKS, Dirce E NICOLAS, Glaucia (2001). Segunda Jornada Internacional de Enfermagem. UNFRA.
- Doenges, E.Marylinn e MOORHOUSE, M (2010). A Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnostico de Enfermagem. 5ª Edição, Lusociência ó edições e técnicas científica, Lda.

Elkin, Marhta, (2005). «Enfermagem Profissional: Papeis na Prática de enfermagem». In MarhtaElkin, Anne Perry e Patrícia Potter. Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Lda.

Fernandes, Margarida (2000). Os Cabo-Verdianos e a Morte: Uma abordagem antropológica através da literatura de ficção. Revista da faculdade de ciências sociais e humanas. Lisboa-Edições colibri

Fortin, Marie-Fabienne (1996) O processo de investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda.

Fradique, Emilia (2010). Efectividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos. Disponível em: core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/12422904.pdf, 05/07/2014

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral (2003). A Aprendizagem do Cuidar e a Morte. Lusociência ó edições, técnica e científica, Lda.

Gil, António Carlos (1999) ó Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas.

Gonçalves, Ferraz (2002). Controlo de Sintomas no cancro avançado. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hanson, Shirley May Harmon (2005). Enfermagem de cuidados de saúde á família. Lusociencia-Edições técnicas e científicas, Loures

Hennezel, Marie e LELOUP, Jean (2001). A Arte de Morrer: Tradições Religiosas e Espiritualidade Humanista Diante na atualidade. Editora Vozes- Petrópeles.

Hesbeen, Walter (2003). A Reabilitação: Criar Novos Caminhos. Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda

Honoré, Bernard (2002). A Saúde em Projecto. Lusociência-Edições e técnica Lda.

Horta, Wanda de Aguiar (1979). Processo de Enfermagem. Editora Pedagógica e universitária Ltda.

Jorge, Ana. Maria (2004). Família e hospitalização da criança. (re) pensar o cuidar em enfermagem. Edições técnicas e científica, Lda. Lusociencia, loures.

Kauark, Fabiana; MANHÃES, Fernanda e MEDEIROS, Carlos (2010). Metodologia de Pesquisa: Um Guia Prático. Via Litterrarum Editora.

LAZURE, H (1994). a relação de ajuda, abordagem teórica e pratica de um critério de competências da enfermeira. Lusodidacta

Lima, Daniel (2007). Enfrentamento de Situações de Morte e Morrer: Percepção de Médicos e Enfermeiros Sobre o seu preparo. Mestrado em Ciência da Saúde, Universidade Federal

de Sergipe. Aracáju. Disponível em: bdtd.ufs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo,06/06/2014

Magalhaes, José Carlos (2009). Cuidar em fim de vida: Lisboa, Editora coisas de ler.

Maranhão, J. L. S.(1986). O que é morte. São Paulo/ Brasiliense

Meireles, Maria Amélia (2005). ãAspectos Éticos em Investigação Qualitativaö in Ana Albuquerque Queiroz, Maria Amélia Meireles e Sara Raquel Cunha. Investigar para Compreender. Loures, Lusodidacta.

Massonetto, Júlio Cesar (2011). Bioética e espiritualidade. Bioéthikos, Centro Universitário São Camilo. www.scamilo.edu.br/pdf/bioethikos/54/bioethikos.pdf.> 23/10/201

MC Closkei, Joane C e bulelechek(2004). Classificação das intervenções de enfermagem(NIC). Tradução: Regina Garcez, 3.ed-Porto alegre,armed.

Moniz, Jose Manuel Nunes (2003). A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiencia formativa. Edições técnicas e científicas-Lusociencias, loures.

Nunes, Lucília; AMARAL, Manuela e GONÇALVES, Rogério (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira Brg, , Collet N,e Viera CS (2006). A humanização na assistência á saúde. Rev Latino-em Enfermagem. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae, 10/07/2014

pacheco, Susana (2002). Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva ética. 1ª Edição- Lusociência, Lou

Parreira, Pedro (2005). As Organizações. Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Piedade, Milena (2011). A Humanização: Uma reflexão na Perspetiva dos Cuidados Paliativos. Pós Graduação em cuidados Paliativos

POTTER, Patrícia e PERRY, Anne (2006). Fundamentos de enfermagem: conceitos e posicionamentos. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Lda.

Prodanov, Cléber Cristiano (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas pesquisa e do trabalho académico. 2ª Edição, Editora freevale.

Rees, cragg et al(1983). Principios científicos de enfermagem .Editora portuguesa de livros técnicos-científicos. Lisboa

Ribeiro, L. (1995). Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-moral. 1ª Edição. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIOS, Izabel Cristina (2009). Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora.

Rodrigues, E. (2003). Boletim do hospital de são marcos braga. O outro na perspectiva de cuidar.

ROSSE, Kulber (2000). Saber a Morte e morrer: o que os doentes Terminais tem para ensinar á médicos, enfermeiros, religiosos e os seus parentes. 8ª Edição. São Paulo.l

Santana, Júlio (2009). Cuidados Paliativos aos Utentes Terminais: Perceção da Equipede Enfermagem. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>, 20/08/2014

Santos, Sérgio Ribeiro (2007). Administração aplicada a enfermagem. Editora ideia. 2ª Edição. [On-line], <http://www.ptscripd.com>, 07/09/2014;

Silva, João Fernandes (2006).öQuando a vida chegou ao fim (Espectativa do Idoso Hospitalizado e Família) Lisboa, Lusociência- edições, técnica e científica.

Silva, Rudval Souza da; CAMPOS, Ana Emília Rosa; PEREIRA, Álvaro (2011). Cuidando do utente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. USP, São Paulo. Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

Silva, R. T. (2003). Morte: Uma Realidade Esquecida? Revista Sinais Vitais.nº 57 Novembro, ISSN 0872-0844

Sousa, Maria Augusta (2010). Cuidados paliativos para uma morte digna. Catalogo para a prática de enfermagem (CIPE). Edição portuguesa-Ordem dos Enfermeiros.

Sweringen Pamela, KEEN Janet (2003). Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes. 4ª Edição, Lusociência ó Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Anexos

ÍNDICE DE ANEXO

Anexo I: Pedido de Autorização -----72

Anexo II: Consentimento Informado ----- 73

Anexo III: Guião de entrevista ----- 74

Anexo I: Pedido de Autorização

Pedido de Autorização

Exma. Senhora

Directora do Hospital Batista de Sousa

C/C: Sr. Superintendente de Enfermagem

Eu, **Adília Maria Alves Gomes**, estudante do 4º Ano de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, filha de Felipe Raimundo Alves e de Maria Isabel Lima Alves, nascida a 3 de Março de 1973, natural do Sal, residente na cidade do Mindelo, portadora do BI Nº 11636 de 09/09/2010, emitido pelo Arquivo de Identificação de São Vicente, venho, muito respeitosamente, solicitar a Vossa Excelência, autorização para realizar um estudo, a ser desenvolvido entre Abril e Junho do ano de 2014, como requisito para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, cujo título versa sobre

"O Enfermeiro e a Humanização na Morte e no Morrer no HBS".

A Comissão de Ética para a Pátria. 05/05/14

Mindelo, 30 de Abril de 2014

A Aluna:

Adília Maria Alves Gomes

/Adília Maria Alves Gomes/

Aprovado pela Comissão de Ética.

M.ª Adelaide Delgado
14/05/2014

Subscrito
05/05/14

4572514

Anexo II: Consentimento Informado

Consentimento Informado

Exmo. (a) Sr. (a)

Chamo-me Adília Maria Alves Gomes. Sou aluna do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo e estou a realizar um estudo para o atendimento de exigências para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Licenciatura, que tem como tema “**O Enfermeiro e a Humanização na morte e no morrer no contexto hospitalar**”, sob orientação da Prof.ª Acelia Mireya Cáceres Monteagudo.

Com este propósito, que tem fins meramente académicos, gostaria de obter a sua colaboração, ao responder-me a esta entrevista, com o compromisso de que são respeitadas todas as imposições éticas inerentes a um projecto de investigação, nomeadamente: **anonimato, confidencialidade dos dados recolhidos e eliminação das gravações após cumprimento da sua finalidade**. Se após a leitura deste texto, ainda lhe restarem dúvidas, estarei à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Facultarei os resultados após o término da investigação, se assim entender.

Mindelo _____ de _____ de 2014

Assinatura _____

A investigadora responsável,

O A participante,

Anexo III: Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Licenciatura em Enfermagem

Discente: Adília Maria Alves gomes

Orientadora: Prof.^a Dra. Acelia Mireya Cáceres Monteagudo.

Tema: O Enfermeiro e a Humanização de cuidados na Morte e no Morrer no contexto Hospitalar

Data: ____/____/____

A) IDENTIFICAÇÃO:

1. Iniciais ____ Idade: ____

2. Sexo () M () F

3. Profissão _____

4. Local de Trabalho _____

5. Tempo de Serviço _____

6. Que cargo desempenha neste momento: _____

B) FORMULAÇÃO DA ENTREVISTA

1. O que significa a Morte para você?

2. E o Morrer?

3. Qual é a sua atuação frente ao processo morte e morrer do utente em fim de vida?

4. Qual é as práticas que o enfermeiro utiliza para favorecer a humanização dos cuidados na morte e morrer?

5. Quem é responsável para dar a notícia da morte a família? Médico ou enfermeiro?

6. Quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para dar a notícia da morte a família?

7. Durante a sua formação académica recebeu alguma preparação para enfrentar a morte?

8. Cita alguma sugestão que possam favorecer a formação de futuros profissionais para lidar com estes acontecimentos?

9. Que atitude tem perante a morte nas diferentes faixas etárias?

10. Como você vê a religião nesse processo do utente em fim de vida?

11. Como são seus sentimentos diante do utente em fim de vida?